

FA C U L T É D E M E D E C I N E D E P A R I S

ANNEE 1962

Nº

T H E S E

P O U R L E

601

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

P A R

DUREAU, FRANÇOIS, LOUIS, JACQUES, MARIE.

Interne des Hôpitaux de PARIS

Né le 5 Avril 1931 AU HAVRE (Seine-Meritime)

Présentée et soutenue publiquement le

C O N T R I B U T I O N A L ' E T U D E D E S
T R O U B L E S M E N T A U X
D A N S
L E S L E S I O N S O R G A N I Q U E S
D E
L ' H Y P O P H Y S E E T D E L ' H Y P O T H A L A M U S

P R É S I D E N T : M O N S I E U R L E P R O F E S S E U R J . D E L A Y

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

DUREAU, FRANÇOIS, LOUIS, JACQUES, MARIE.

Interne des Hôpitaux de PARIS

Né le 5 Avril 1931 AU HAVRE (Seine-Noritime)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES
TROUBLES MENTAUX

DANS

LES LESIONS ORGANIQUES

DE

L'HYPOPHYSE ET DE L'HYPOTHALAMUS

PRÉSIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DELAY



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.), BULLIARD (H.),
 CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.), DEBRE (R.), FEY (B.),
 GASTINEL (P.), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.),
 LAROCHE (G.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.),
 MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), OLIVIER (E.),
 PASTEUR VALLERY RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), QUENU (J.), RICHEL (C.),
 SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.).

DOYEN L. BINET

Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Jean VERNE

2^e ASSESSEUR Gaston CORDIER

P R O F E S S E U R S

1° - CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a.- Professeurs titulaires :

ANATOMIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ANESTHESIOLOGIE

BIOCHIMIE MEDICALE

BIOLOGIE APPLIQUEE A L'EDUCATION PHYSIQUE
 & AUX SPORTS

BIOLOGIE MEDICALE

CANCEROLOGIE MEDICALE ET SOCIALE

EMBRYOLOGIE

HISTOIRE DE LA MEDECINE & DE LA CHIRURGIE
 (Lariboisière)

HISTOLOGIE

HYGIENE ET MEDECINE PREVENTIVE

MEDECINE DU TRAVAIL

MEDECINE LEGALE

MICROBIOLOGIE (Bactériologie et Virologie)

PARASITOLOGIE

MM.

DELMAS (A.)

DELARUE (J.)

BAUMANN (J.)

JAYLE (M.F.)

SCHAPIRA (G.)

CHAILLEY-BERT (P.)

FAUVERT (R.)

BERNARD (J.)

GIROUD (A.)

N ...

VERNE (J.)

JOANNON (P.)

DESOLLE (H.)

PIEDELIEVRE (R.)

FASQUELLE (R.)

GALLIARD (H.)

MM.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE	HUGUIER (J.)
PATHOLOGIE EXOTIQUE	LAVIER (G.)
PATHOLOGIE EXPERIMENTALE ET COMPAREE	MERKLEN (F.P.)
PATHOLOGIE MEDICALE	MILLIEZ (P.)
PATHOLOGIE RESPIRATOIRE	TURIAF (J.)
PATHOLOGIE & THERAPEUTIQUE GENERALES	BOUDIN (G.)
PHARMACOLOGIE	CHEYMOL (J.)
PHYSIOLOGIE	BINET (L.)
	BARGETON (D.)
PHYSIOLOGIE & PATHOLOGIE OBSTETRICALE	LEPAGE (F.)
PHYSIQUE MEDICALE	DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)
RADIOLOGIE MEDICALE	DESGREZ (H.)
TECHNIQUE CHIRURGICALE & CHIRURGIE EXPERIMENTALE	N ...
THERAPEUTIQUE	CONTE (M.)

b.- Professeurs à titre personnel :

BIOCHIMIE MEDICALE	DESGREZ (P.)
BIOLOGIE MEDICALE	POLONOVSKI (J.)
EMBRYOLOGIE	BOURLIERE (F.)
HYGIENE & MEDECINE PREVENTIVE	TUCHMANN (H.)
PARASITOLOGIE	DEPARIS (M.)
PATHOLOGIE CHIRURGICALE	BRUMPT (L.C.)
PHARMACOLOGIE	LAURENCE (G.)
PHYSIOLOGIE	LEVY (Melle J.)
PHYSIQUE MEDICALE	PARROT (J.)
	KELLERSHOHN (L.)

2° - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a.- Professeurs titulaires :

CLINIQUE CARCINOLOGIQUE CHIRURGICALE (Necker)	REDON (H.)
CLINIQUE CARDIOLOGIQUE (Broussais)	MOUQUIN (M.)
CLINIQUES CHIRURGICALES Besujon	LORTAT-JACOB (J.)
Cochin	LEGER (L.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Pitié	CORDIER (G.)
Saint Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	SICARD (A.)
TENON	OLIVIER (Cl.)

CLINIQUE DE CHIRURGIE INFANTILE & ORTHOPEDIQUE	FEVRE (M.)
CLINIQUE CHIRURGICALE ORTHOPEDIQUE & REPARATRICE (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R.)
CLINIQUE DE CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE (Brousseis)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
CLINIQUE DE CHIRURGIE PLEURO-PULMONAIRE (Loenner)	MATHEY (J.)
CLINIQUE ENDOCRINOLOGIQUE (Pitié)	DECOURT (J.)
CLINIQUE DE GENETIQUE MEDICALE (Enfants Malades)	LAMY (M.)
CLINIQUE GYNECOLOGIQUE (Broca)	FUNCK BRENTANO (P.)
CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES & SYPHILITIQUES (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS (Enfants Malades)	CATHALA (J.)
CLINIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES (Claude Bernard)	MOLLARET (P.)
CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCEPHALE (Sainte Anne)	DELAY (J.)
CLINIQUE DES MALADIES METABOLIQUES (Necker)	HAMBURGER (J.)
CLINIQUE DES MALADIES DU SANG (Brousseis)	MARCHAL (G.)
CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTEME NERVEUX (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
CLINIQUE MEDICALES	Bouciout
	Brousseis
	Cochin
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Lariboisière
	Pitié
	Saint-Antoine
CLINIQUE MEDICALE D'HYDROLOGIE THERAPEUTIQUE & CLIMATOLOGIE (Bichet)	LENEGRE (J.)
CLINIQUE MEDICALE PROPÉDEUTIQUE (Brousseis)	SOULIE (P.)
CLINIQUE MEDICO-SOCIALE DU DIABETE SUCRE & DES MALADIES DE LA NUTRITION (Hôtel-Dieu)	JUSTIN-BESANCON (L.)
CLINIQUE DE NEURO-CHIRURGIE (Pitié)	BROUET (G.)
CLINIQUE NEUROLOGIQUE (Salpêtrière)	BARIETY (M.)
CLINIQUE OBSTETRICALES	SEZE (S. de)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
	DEBRAY (C.)
	GENNES (L. de)
	DEROT (M.)
	DAVID (M.)
	GARCIN (R.)
	LACOMME (M.)
	MERGER (R.)
	VARANGOT (J.)
	RENARD (G.)
	AUBRY (M.)
CLINIQUE DE PEDIATRIE & DE PUERICULTURE (Saint Vincent de Paul)	LELONG (M.)
CLINIQUE DE PEDIATRIE SOCIALE (Enfants Malades)	MARIE (J.)

MM.

CLINIQUE DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE (Lænnec)	BERNARD (E.)
CLINIQUE DE NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE MEDICALE ET SOCIALE (Cochin)	COSTE (F.)
CLINIQUE STOMATOLOGIQUE (Pitié)	DECHAUME (M.)
CLINIQUE THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE (Vaugirard)	ROUX (M.)
CLINIQUE THERAPEUTIQUE MEDICALE (Saint Antoine)	LEMAIRE (A.)
CLINIQUE TOXICOLOGIQUE	GAULTIER (M.)
CLINIQUE TRAUMATOLOGIQUE	PADOVANI (P.)
SEMEIOLOGIE MEDICALE	DOMART (A.)
SEMEIOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALE	POILLEUX (F.)
CLINIQUE UROLOGIQUE (Necker)	COUVELAIRE (R.)
HYGIENE & CLINIQUE DE LA PREMIERE ENFANCE	TURPIN (R.)

b.- Professeurs à titre personnel :

MEDECINE	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES & MAITRES DE
CONFERENCES - AGREGES

ANATOMIE	MM. CABROL (C.), COUINAUD (C.), GILLOT (C.), OLIVIER (G.)
ANATOMIE	Melle GAUTHIER-VILLARS (P.) Pr. s. ch.
PATHOLOGIQUE	MM. ABELANET (R.), BUSSER (F.), CHOMETTE (G.), GOUYGOU (CH) M. Conf., NEZELOFF (Ch.), ORCEL (L.), PAILLAS (J.)
ANESTHESIOLOGIE	KERN (E.), VOURC'H (G.)
BACTERIOLOGIE	BARBIER (P.), CHRISTOL (D.), LE MINOR (L.), TOURNIER (P.)
BIOCHIMIE MEDICALE	BAULIEU (Et.) M. Conf., BOURILLON (R.), CARTIER (P.), DREYFUS (J. Cl.), GONNARD (P.), KRUEH (J.), JEROME (H.)
BIOLOGIE APPLIQUEE A L'EDUCATION PHYSIQUE & AUX SPORTS	M. PLAS (F.)
CARCINOLOGIE	MM. BOIRON (M.), DENOIX (P.), MATHE (G.), SELIGMANN (M.)

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE	MM. CIVATTE (J.), DUPERRAT (B.)
ELECTRO-RADIOLOGIE	M. LEDOUX-LEBARD (G.)
HEMATOLOGIE	MM. BESSIS (M.), BILSKI-PASQUIER (G.), DAUSSET (J.), DUHAMEL (G.)
HISTOLOGIE	MM. COUJARD (H.) Pr. s. ch., MAROIS (M.), RACADOT (J.)
HYDROLOGIE	MM. BESANCON (F.), CORNET (A.)
HYGIENE	MM. BOYER (J.) Pr. s. ch., BLANCHER (G.), Mme CORRE-HURST (L.) M. SAPIN-JALOUSTRE (H.)
MALADIES INFECTIEUSES	MM. BASTIN (R.), DUPONT (V.)
MEDECINE LEGALE	MM. DEROBERT (L.) Pr. s. ch. FOURNIER (E.), GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
MEDECINE DU TRAVAIL	M. ALBAHARY (C.)
NEURO-CHIRURGIE	M. PERTUISET (B.)
OBSTETRIQUE	MM. GRANJON (A.), HERVET (E.), LE LORIER (G.) LEVY (J.), MORIN (P.), MUSSET (R.), ROBEY (M.), SENEZE (J.), SUREAU (G.), THOYER-ROZAT (J.)
OPHTALMOLOGIE	MM. BREGEAT (P.), DUBOIS (A.), SARAUX (H.)
ORTHOPEDIE	MM. JUDET (R.), MEARY (R.), POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	MM. DEBAIN (J.), PIALOUX (P.),
PARASITOLOGIE	MM. GOLVAN (Y.), LAPIERRE (J.)
PATHOLOGIE CHIRURGICALE	MM. BARCAT (J.), BINET (J.P.), CAUCHOIX (J.), CERBONNET (G.), CHATELIN (C.L.), DUBOST (Ch.), DUBOST (Cl.), FAUREL (J.), FLABEAU (F.), GARBAY (M.), GARNIER (H.), de GAUDART d'ALLAINES (Cl.), GERMAIN (A.), LATASTE (J.), LEVEQUE (B.), LOYGUE (J.), MERCADIER (M.), NATALI (J.), PELLERIN (D.) PERROTIN (J.), ROBERT (H.), THOMERET (G.)
PATHOLOGIE EXOTIQUE	SCHNEIDER (J.)

PATHOLOGIE EXPERIMENTALE	MM. BENHAMOU (J.P.), BERTHAUX (P.), BOIVIN (P.), CROSNIER (J.), HARTMANN (L.) LOEPER (J.), MAURICE (J.), MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
PATHOLOGIE MEDICALE	MM. AUSSANNAIRE (M.), BOUVIER (J.), BOUVRAIN (Y.), BRICAIRE (H.), BRISSAUD (H.) BROCARD (H.), BUGE (A.), CATINAT (J.), CHRETIEN (J.), COBLENTZ (B.), CONTAMIN (F.) COURY (C.), ETIENNE (J.P.), FREZAL (J.), FRITEL (D.), HENNEQUET (A.), HIMBERT (E.) HOUSSET (E.), LAROCHE (Cl.), LESOBRE (R.) MACREZ (C.), MOREAU (L.), NICK (J.), ROYER (P.), TOURNEUR (R.), WOLFROMM (R.)
PEDIATRIE-PUERICULTURE	MM. JOSEPH (R.), LAFOURCADE (J.), LEPERCQ (C.) MANDÉ (R.), MOZZICONACCI (P.), POLONOVSKI ROSSIER (A.), VIALATTE (J.) (C.)
PHARMACOLOGIE	MM. BOISSIER (J.), LECHAT (P.),
PHYSIOLOGIE	MM. BARRES (G.), DEJOURS (P.), DURAND (J.) GIRARD, M. Conf., HUGELIN (A.), SCHERRER (J.)
PHYSIQUE MEDICALE	MM. CHANTEUR (J.), GOUGEROT (L.) M. Conf. Pr. s. ch., GREMY (F.), M. Conf. MILHAUD (G.), PELLERIN (P.), ROUCAYROL (J. Cl.), TUBIANA (M.), M. Conf.
PNEUMO-PHTISIOLOGIE	MM. KREIS (B.), MEYER (A.), RENAULT (P.)
PSYCHIATRIE	M. PICHOT (P.)
PSYCHIATRIE INFANTILE	MM. DENIKER (P.), DUCHE (D.), FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
RHUMATOLOGIE	M. DELBARRE (F.)
STOMATOLOGIE	M. CERNEA (P.) Mme A. CHAPUT, M. Conf. Agr., M. GRELLET
THERAPEUTIQUE	MM. CHASSAGNE (P.), LAMOTTE (M.), MARCHE (J.)
UROLOGIE	MM. AUVERT (J.), MOULONGUET (A.), QUENU (L.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE (à titre permanent)

ANATOMIE	M. J. DEBEYRE
CLINIQUE CHIRURGICALE	MM. ABOULKER (P.) AMELINE (A.) Pr. s. ch., VERNE (J.M.)
CLINIQUE MEDICALE	MM. PERRAULT (M.), RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
CLINIQUE OBSTETRICALE	MM. GRASSET (J.), MAYER (M.)
CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE	MM. DESVIGNES (P.), OFFRET (G.)
CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE	
	M. MADURO (R.)
CLINIQUE PEDIATRIQUE & PUERICULTURE	M. R. LAPLANE
CLINIQUE PSYCHIATRIQUE	M. H. BARUK
CLINIQUE UROLOGIQUE	M. R. KUSS

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

BACTERIOLOGIE	M. HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
PATHOLOGIE CHIRURGICALE	M. RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V.- CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE & UNIVERSITAIRE :

	MM. BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
Secrétaire Général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principale	Melle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	} M.le Docteur HAHN
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateur	Melle DUMATRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.) Melles LAURENT (H.) LE NOIR (G.) QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS,

A MES BEAUX-PARENTS,

A MA FEMME,

AUX MIENS ET A MES AMIS.

A NOTRE MAÎTRE ,

Monsieur le Professeur J. D E L A Y

Professeur de Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale,
à la Faculté de Médecine de PARIS,
Membre de l'Académie Française,
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin des Hôpitaux de PARIS,

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse,

HOMMAGES RESPECTUEUX

A Monsieur le Professeur Agrégé P. PICHOT,

Médecin-Assistant des Hôpitaux de PARIS ,

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse,

AVEC L'EXPRESSION DE NOS SENTIMENTS TRÈS RECONNAISSANTS. .

A NOS MAÎTRES dans les HÔPITAUX :

E x t e r n a t :

Monsieur le Professeur H. MONDOR In Memoriam

Monsieur le Professeur DEPARIS,

Monsieur le Docteur BOUSSER,

Monsieur le Professeur SENEQUE,

Monsieur le Professeur Agrégé CACHERA

In Memoriam

Monsieur le Professeur TURIAF

Externat en premier :

Monsieur le Docteur HUDELO,

I n t e r n a t :

Monsieur le Professeur TURIAF,

Monsieur le Docteur de GRACIANSKI,

Monsieur le Professeur DEPARIS,

Madame le Docteur AUBRY,

Monsieur le Professeur GARCIN,

Monsieur le Professeur J. DELAY,

Monsieur le Docteur PERON.

Les travaux consacrés aux troubles mentaux dans les affections hypothalamo-hypophysaires sont nombreux et font mention, dans un nombre important de cas, de troubles bien particuliers. Mais il existe indiscutablement de tels malades qui paraissent "normaux". C'est pourquoi l'utilisation de test objectif de la personnalité a paru intéressante afin, d'une part de sensibiliser l'examen clinique psychologique, d'autre part de supprimer l'équation personnelle de l'examinateur, toujours importante lorsque les troubles à apprécier sont discrets.

Cette thèse se compose de trois parties :

I.- Revue de la littérature concernant les troubles psychiques rencontrés dans les affections endocrines d'origine hypophysaire : acromégalie, gigantisme, syndrome de Cushing hypophysaire, hypopituitarisme.

II.- Revue de la littérature concernant les troubles mentaux des tumeurs de l'hypothalamus et de l'hypophyse. Il a fallu éliminer les syndrômes hypothalamiques d'origine infectieuse ou toxique, en raison de la diffusion habituelle des lésions au-delà du territoire qui nous intéresse.

III.- Etude de 23 cas personnels de syndrômes ou de tumeurs hypophysaires, chez lesquels furent appliqués, dans la mesure où la qualité de la vue le permettait, le test de RORSCHACH et le MMPI.

SYNDROMES
ENDOCRINIENS

ACROMEGALIE

En 1899, quatorze ans après la description de l'acromégalie par P. MARIE, BRUNET consacrait sa thèse à l'étude de "l'état mental des acromégaliques" (50). BARROS reprenait la question quelques années plus tard, mais c'est seulement dans ces dernières années que la psychopathologie de l'acromégalie a été approfondie, grâce aux importants travaux de M. BLEULER et de son école.

1.- LES PSYCHOSES CHEZ LES ACROMEGALES

1° - Types Cliniques : Beaucoup d'observations mentionnant l'association de psychoses à l'acromégalie sont anciennes, ce qui rend difficile le diagnostic rétrospectif, la nosologie ayant varié et les renseignements cliniques produits étant souvent insuffisants. C'est ainsi que, dans la thèse de BARROS, le chapitre consacré aux névroses comprend la maladie de BASEDOW, l'hystérie et l'épilepsie.

Des difficultés surgissent parfois aussi en sens inverse et c'est plutôt le fait d'observations récentes où les symptômes psychiatriques sont bien analysés, mais où le diagnostic d'acromégalie n'emporte pas toujours la conviction.

a.- Les Psychoses aiguës : bouffées délirantes ou épisodes confusionnels.

Dans l'observation de PICK (201), il s'agissait d'un homme de 47 ans ayant présenté un délire hallucinatoire de persécution avec thèmes mystiques, étiqueté "paranoïa hallucinatoire aiguë" qui avait eu un épisode analogue sept années auparavant et se suicida deux ans après.

Le malade de BRIAND et Mme IMENITOFF (47) fit également un "court épisode délirant" à thème de persécution. Celle d'ABELY et Madame SAUGUET (8) était atteint d'une tumeur évoluant depuis huit ans et fit un épisode de confusion mentale qui régressa en laissant une grosse atteinte du fond mental. Avec NODET, ABELY publie aussi le cas d'un acromégale qui développe, après un épisode dépressif survenu à 51 ans, un délire avec état d'agitation psycho-motrice très marquée (7).

SOULIE et ROYER de VERICOURT rapportent le cas d'une femme atteinte d'un syndrome polyglandulaire avec acromégalie, hirsutisme, insuffisance hypophysaire, qui fut internée à 27 ans, puis à 48, dans un état d'agitation avec délire mystique, attitudes extatiques, euphorie et logorrhée (234).

b.- La Psychose maniaco-dépressive : PARHON et STOCKER (197) citent un cas d'acromégalo-gigantisme avec maladie de BASEDOW qui était atteint d'une "psychose maniaco-dépressive" avec des obsessions. La malade de GARNIER et SANTENOISE (105), qui aurait commencé brusquement ses troubles psychiques par un accès de manie aiguë, avait en fait, quand elle a été examinée, des signes de confusion mentale avec des illusions, des fausses reconnaissances et, par la suite, un très faible souvenir des faits qui avaient motivé son internement : il s'agit là d'un aspect incomplet du syndrome de KORSAKOFF, beaucoup plus caractéristique du syndrome tumoral que du syndrome endocrinien. Si les observations de manie vraie sont rares ou discutables, par contre la mélancolie semble assez souvent rencontrée.

La deuxième observation de SUMMERS et MIROUZE (248) concerne une femme de 48 ans, malade depuis une douzaine d'années, qui a eu plusieurs accès dépressifs ayant par trois fois nécessité l'admission en milieu psychiatrique où elle a dû subir une série d'électro-chocs.

Le malade complexe de MARCHAND, PETIT et FORTINEAU (171) eut un accès de mélancolie anxieuse, avec hallucinations auditives, onirisme et somnolence, entrecoupé de nombreuses tentatives de suicide, qui persista jusqu'à la mort subite un an $\frac{1}{2}$ plus tard.

L'acromégale de DERCUM (82) a eu à plusieurs reprises de véritables accès de dépression mélancolique.

Celui d'HASKOVEC (124) avait la nuit des crises de désespoir et de mélancolie et des idées de suicide. BRISSAUD rapporte aussi un cas d'acromégalie avec accès de dépression mélancolique.

Dans la discussion qui suit la communication de MENNINGER (178), BASSOE dit que les psychoses vraies sont rares dans l'acromégalie, mais que, lorsqu'elles existent, c'est incontestablement la psychose maniaco-dépressive qui est la plus fréquente. Cependant, la "mélancolie" est souvent atypique soit dans sa symptomatologie, soit dans son évolution.

c.- Les Psychoses délirantes chroniques (en entendant ce terme au sens large). Plusieurs cas peuvent être classés comme psychose hallucinatoire chronique : celui de TANZI, concernant un homme interné dangereux depuis 25 ans, celui de BRUNET (50), où il s'agissait d'une femme dont le délire débuta quelques années après le début de l'acromégalie, à la quarantaine, et, plus récemment, celui de HEUYER et Melle PLATTARD (128) débile mental myxoedémateux.

MENNINGER (178) observe sur huit acromégales interné internés deux schizophrènes, BÜCHLER a observé deux cas d'acromégales schizophrènes : l'un paranoïde catatonique, l'autre, hétérophrène (51).

Le cas de BLAIR (29) est celui d'un délire de persécution systématisé avec idées de grandeur; le malade de TAMBURINI (249) fit, à 45 ans, un délire de persécution et avait une tumeur hypophysaire de la grosseur d'un oeuf de poule. MEUMANN (179) a observé deux cas chez lesquels s'est

installée après une évolution de plusieurs années de la maladie une psychose évoquant l'idée d'une démence précoce paranoïde hallucinatoire; il pense qu'il s'agit là de fausses schizophrénies.

C'est arbitrairement que le malade de MENDEL (177) sera classé dans ce groupe étant considéré seulement comme un "aliéné mental".

d.- Les Démences : quatre cas ont pu être relevés dans la littérature, tous antérieurs à 1914. Dans l'observation de JOFFROY (133) il s'agissait d'une femme de 58 ans présentant des troubles de la mémoire, de l'indifférence, de l'apathie et une aboulie telle que son placement en asile fut nécessaire; dans celle de MIKULSKI (180), un homme de 39 ans présente un grand affaiblissement intellectuel ; mais ce sujet avait eu la syphilis dès le premier âge; ce fait ajouté à la dysarthrie ne peut qu'évoquer le diagnostic de paralysie générale associée à l'acromégalie, par ailleurs elle-même atypique.

SALOMON (216) rapporte le cas d'un homme de 47 ans qui fut interné avec le diagnostic de démence paralytique dont le début remontait à une dizaine d'années; après une amélioration, il fut hospitalisé deux fois par la suite, avec une baisse de la mémoire, de la difficulté à fixer son attention, des troubles de l'humeur qui était sombre et une apathie telle qu'il ne pouvait plus rien faire. Mais, d'une part l'acromégalie semblait être d'apparition toute récente, d'autre part, ce malade avait eu, lui aussi, la syphilis.

Quant au malade de FARNARIER (90), il ne semble pas à proprement parler dément mais débile mental : l'auteur mentionne une difficulté à raisonner chez un épileptique, qui sait tout de même lire, écrire et compter. Ce malade avait la particularité d'être très étonné de ses difformités physiques; quand on lui en parlait, il semblait les méconnaître.

Les observations d'états démentiels chez les acromégales semblent donc rares et discutables.

2°.- Fréquence de ces psychoses

Il a été classique d'insister sur le fait que ces malades étaient fréquemment atteints de maladies mentales. Pourtant, si on reprend la thèse de BRUNET, on peut constater que, sur les 300 cas publiés alors dans la littérature, l'auteur n'a pu relever que 6 cas de psychoses, soit une fréquence de 2 %. Cette estimation est certainement grossière, mais elle a l'avantage de donner un ordre de grandeur, qui n'est guère différent du pourcentage des psychoses dans la population générale.

Mais l'étude systématique de ce problème a été faite par M. BLEULER et BLICKENSTORFER (39, 41, 42). Il importe d'abord de distinguer, avec ces auteurs, l'acromégalie et l'acromégaloïdie; celle-ci est, semble-t-il, une constitution et non une maladie; dans cette hypothèse, il conviendrait d'écarter de notre étude tous ces cas. Les critères différentiels sont les suivants :

- des signes négatifs, témoignant de l'absence de tumeur : absence d'élargissement de la selle turcique à la radio, d'atteinte du champ visuel, de signes d'hypertension intra-crânienne : en réalité, si la présence de ces signes indique l'existence d'une tumeur, leur absence ne peut en rien l'infirmar, ainsi, dans chaque cas pris individuellement, on ne peut leur accorder de valeur; par contre, dans une étude d'ensemble, visant à établir un syndrome, leur absence constante prend de l'intérêt.
- des signes positifs que sont l'installation lente et progressive des déformations acromégaloïdes à la puberté et l'évolution lente tendant à la stabilisation.

Cette distinction faite, BLEULER et BLICKENSTORFER ont montré deux faits importants :

- la constitution acromégaloïde est héréditaire, l'acromégalie ne l'est pas;

- dans l'acromégalie, on ne rencontre pas plus de psychose que dans la population générale, alors que la constitution acromégaloïde se complique souvent de troubles psychopathiques et

de schizophrénies; la schizophrénie apparaîtrait tardivement et serait de meilleur pronostic que dans la population générale.

Enfin, selon BLEULER, une partie des psychoses observées chez les acromégales seraient liées à des complications physiques graves, telles l'hypertension intra-crânienne, la cachexie, les troubles métaboliques.

II.- CONDUITES ANTI-SOCIALES

1° - Les perversions sexuelles : ont été observées à plusieurs reprises : PICARD (200) rapporte trois cas d'exhibitionnisme. L'un concerne un grand délirant érotomane, le second un homme de 44 ans, exhibitionniste récidiviste, dont la vie a été entrecoupée d'incarcérations et d'internements : l'acromégalie était apparue à l'âge de 20 ans et les premières exhibitions deux ans plus tard. Dans le troisième cas, le malade était âgé de 36 ans, l'acromégalie remontait à une douzaine d'années et l'exhibitionnisme ne datait que de trois ans.

A propos de cette publication, CEILLIER rapportait qu'il avait eu à expertiser plusieurs acromégales exhibitionnistes. Ce sont toutefois les seules observations que nous avons pu retrouver dans la littérature.

MOREL a examiné un pervers acromégale : il s'agissait, d'après l'auteur, plutôt d'une perversion fétichiste que d'une perversion sadique, malgré certains traits cliniques. Ces troubles étaient apparus après la puberté en même temps que l'habitus acroméganique. (182)

Ces perversions sexuelles sont en fait assez rares et, comme pour les psychoses, il semble s'agir, en définitive, de coïncidences, bien que les auteurs aient essayé d'en donner une interprétation psychogénétique : pour PICARD, il faut relever le contraste entre l'exhibitionnisme et la diminution de la sexualité habituellement rencontrée chez les acromégales, tandis que pour CEILLIER c'est un complexe d'infériorité dû à sa laideur qui pousserait le malade vers les enfants; ces relations d'abord "chastes" dévièrent ensuite vers l'érotisme pervers.

2° - Le Suicide : 4 cas sont publiés dans la littérature par PICK (201), BRIGIDI (48), FREUND (100), MARCHAND PETIT et FORTINEAU (171) : dans ce dernier cas, il ne s'agissait que de tentatives répétées.

III.- PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ACROMEGALIE

Il n'est pas un travail, même sommaire, sur l'acromégalie qui ne fasse mention en quelques lignes de l'apathie, la tristesse et l'irritabilité rencontrées chez les sujets qui en étaient atteints.

BRUNET (50), dans sa thèse, distinguait les "troubles intellectuels" et les psychoses. Il entendait par "troubles intellectuels" la diminution de la mémoire et de l'intelligence, mais aussi la lassitude générale, l'accablement, l'apathie et les troubles caractériels : tristesse avec misanthropie, hypocondrie, irritabilité, inquiétude; ces troubles étaient déjà décrits dans la thèse de de SOUZA-LEITE (236), ils représentent l'essentiel du fond caractériel de l'acromégale; cependant deux corrections ont été rapidement appliquées à ce tableau : l'intelligence et la mémoire de ces malades sont normales.

En reprenant les conclusions des thèses de de SOUZA-LEITE et de DUCHESNEAU, BRUNET conclut à la présence de ces troubles dans environ un quart des cas (10 cas sur 38 pour de SOUZA-LEITE et 4 sur 14 pour DUCHESNEAU). Cette proportion paraît relativement faible, comparée à celle donnée dans les travaux ultérieurs, mais il convient de remarquer que cette statistique a été établie d'après les observations publiées et que celles-ci s'attachaient plutôt à décrire minutieusement "l'hypertrophie congénitale et singulière des extrémités". La fréquence en semblait plus grande chez la femme (14 cas sur 17) que chez l'homme (31 cas sur 52).

L'apathie, la perte de l'initiative sont très bien soulignées dans plusieurs observations : la malade d'ADLER (10) autrefois vive et enjouée est maintenant d'un caractère apathique et obtus, elle produit une impression de stupidité, elle ne prend peu ou pas d'intérêt à ce qui se passe autour d'elle, son état moral rappelle celui de la cachexie pa-chydermique.



L'acromégale de JAMEISON et HENRY (132) devenait apathique, irritable, suivait sa mère et cherchait à être dorloté.

La malade de GUINON (115) reconnue "hystérique" était triste, sombre, presque hypocondrique.

CAMPBELL (57) est d'un avis différent : il n'y a pratiquement pas de troubles primaires de l'humeur, de changement d'attitude à l'égard de la vie, une perte variable de l'initiative et de l'énergie, des plaintes occasionnelles de perte de la concentration et de la mémoire.

Plusieurs observations d'acromégales précisent que le psychisme est normal : "l'esprit est clair, le caractère normal, l'humeur bonne".

L'essentiel de l'étude de la psychopathologie de l'acromégalie est dû à M. BLEULER et à BLICKENSTORFER. Cette étude a été menée il y a quelques années, dans le cadre d'un vaste travail sur l'endocrinopsychiatrie. Cinquante et un acromégales ont été examinés en Suisse et les mêmes constatations ont été faites par BLEULER sur six acromégales New Yorkais (37). Les conclusions peuvent être résumées ainsi :

L'acromégalie est très régulièrement accompagnée d'altérations marquées de la personnalité, qui consistent essentiellement en un défaut d'initiative et de spontanéité, en changements de l'humeur et en troubles des instincts.

L'apathie est quelquefois remarquable quand elle s'accompagne d'une exaltation de l'humeur : telle malade exaltée se déclare heureuse, sans désir ni projet; c'est ainsi que fréquemment la gaieté, l'autosatisfaction et l'exaltation s'accompagnent de passivité et d'indifférence et non d'hyperactivité maniaque, c'est "l'humeur hypophysaire" de FRANKL VON HOCHWART. Dans d'autres cas, l'humeur est plutôt anxieuse, tendue, déplaisante.

Il est fréquent que les malades aient des "balancements" de l'humeur.

Des impulsions soudaines et de courte durée surviennent souvent réalisant parfois de véritables automatismes ambulatoires, pendant lesquels les malades sortent de leur passivité.

Les troubles des instincts concernent :

- l'instinct sexuel, qui est souvent diminué ou même semble avoir complètement disparu. Toutefois, BLICKENSTORFER (40) a rapporté le cas d'une acromégale stérile avec augmentation anormale de la libido.

- la faim et la soif sont augmentées dans les deux tiers des cas. Les modifications sont souvent périodiques : les auteurs rapportent l'observation d'une malade qui pouvait manger toute la journée et chez laquelle manger calmait les céphalées. Le malade de NEUGEBAUER (185) avait des impulsions irrésistibles à la prise de nourriture et de boisson, et il fut même inculpé d'avoir volé des denrées alimentaires.

- l'instinct maternel serait augmenté dans à peu près un tiers des cas, même dans le sexe masculin.

L'attitude sociale est très caractéristique selon BLEULER : généralement très égocentrique, l'acromégale ne montre guère de considération pour les autres; il est impatient, irritable, hypersusceptible; il fait la vie dure aux autres membres de sa famille. Il peut habituellement continuer son travail et n'a pas besoin d'être interné à cause de son état mental.

Les acromégaloïdes, bien différents sur le plan génétique et sur leur aptitude à la psychose, ont des modifications de la personnalité très voisines pour ne pas dire identiques : la seule différence concerne la sexualité qui est beaucoup plus rarement diminuée, parfois même augmentée.

IV.- EN RESUMÉ

1.- L'acromégalie s'accompagne souvent, mais non constamment, de modifications de la personnalité caractérisées surtout par de l'apathie et des perturbations variables des instincts et de l'humeur qui est plus fréquemment dépressive qu'euphorique; les relations sociales peuvent être difficiles.

2.- Les psychoses de divers types ne sont pas observées plus souvent que dans la population générale. La dépression mélancolique est moins rare que les autres et peut prendre un aspect atypique.

GIGANTISME

I.- LES PSYCHOSES CHEZ LES GEANTS

MEIGE (175) fait ressortir de la vie des géants célèbres la notion que les tares vésaniques et les désordres mentaux "rattachés à la dégénérescence" sont loin d'être exceptionnels; il rappelle le cas du géant de CROMWELL, prophétomane exalté qui finit dans un asile d'aliénés.

PARHON (195) rapporte le cas d'un géant atteint de "manie aigue hallucinatoire" et rappelle que le géant d'André MARIE avait présenté une confusion mentale hallucinatoire avec phénomènes cataleptiques et anxiété, régressant en laissant un état de puérilisme mental.

L'observation de GELMA (108) concerne une psychose périodique apparue à 45 ans chez un géant mesurant 1,80 m.(?), aux extrémités très longues.

La statistique de MENNINGER (178) fait mention de 3 géants schizophrènes.

II.- LES TROUBLES DU CARACTERE

1° - L'Apathie ressort des constatations de MEIGE (torpeur psychique, tristesse, mélancolie) de LAUNOIS et ROY (145) qui écrivent que leur lenteur de réaction en fait des êtres mous, sans énergie ni volonté, de BARUK (21 cas 1) dont le malade n'avait pas de volonté.

2° - Les relations sociales sont très perturbées : ils n'ont habituellement pas de profession, écrivent LAUNOIS et ROY, ce sont souvent de simples phénomènes forains. Ils sont susceptibles, irascibles, "insociables". Ils sont fanfarons, "menteurs par métier" : beaucoup exagèrent leur taille, l'un raconte qu'il parle couramment toutes les langues, qu'il a des engagements fabuleux pour l'Amérique.

L'absence de sens moral est notée chez le grand CHARLES, par LAUNOIS et ROY et chez le malade de BARUK, qui avait mené une vie déréglée, avec nombreuses dettes, indécrottes et ennuis de justice.

STAEHELIN (242) pense au contraire que les géants sont exposés au doute de soi-même, au perfectionnisme, au besoin de ne pas attirer l'attention, et que les troubles névropathiques sont ainsi essentiellement réactionnels.

3° - Il y a aussi désaccord sur les capacités intellectuelles : LAUNOIS et ROY écrivent : "de tous temps, l'inintelligence des géants a été célébrée dans tous les pays par la victoire sur eux des petits au corps souple et à l'esprit subtil". Mais le grand CHARLES "avait une excellente mémoire, une assez bonne intelligence : il composait lui-même ses boniments", le malade de BARUK avait une intelligence et une affectivité normales.

|||.-

Les travaux sur les troubles mentaux des géants sont trop rares pour en tirer un grand profit : on retiendra seulement l'existence assez constante de l'apathie, dans le gigantisme comme dans l'acromégalie.

MALADIE DE CUSHING

La Maladie de CUSHING semblait être l'objet idéal d'étude d'un syndrome endocrinien sans interférence possible d'un syndrome tumoral. En réalité, le petit adénome ou le simple "basophilisme hypophysaire" ne peuvent être connus du vivant du malade et les observations mentionnant à la fois les troubles mentaux et les constatations anatomo-pathologiques sont rares.

MEDVEI (174) pensait que les troubles mentaux étaient plus rarement retrouvés et moins typiques dans les syndromes de CUSHING d'origine surrénalienne et qu'ils pouvaient même être ajoutés au groupe des symptômes physiques utilisés pour distinguer cliniquement les syndromes de CUSHING dus à un adénome basophile de l'hypophyse des cas de tumeur surrénalienne et des arrhénoblastomes de l'ovaire.

L'opinion contraire est émise par SCHLEZINGER et HORWITZ (221) et semble largement confirmée par les autres travaux; les travaux les plus importants sur la question (TRETOWAN, SPILLANE, SCHWÖBEL) décrivent les troubles psychiques du syndrome de CUSHING sans tenir compte de l'étiologie. Cependant, les observations seront ici présentées en deux groupes : celles où a pu être prouvée l'origine hypophysaire de la maladie (la tumeur est souvent volumineuse, débordant parfois la selle turcique) et celles où l'étiologie n'est pas précisée; toutes les observations de tumeur primitive de la surrénale ont été systématiquement écartées. Il persiste toutefois une difficulté, qui sera reprise avec la discussion de la pathogénie des troubles mentaux.

Avant d'aborder l'étude clinique de ces troubles, il faut souligner leur fréquence : pour la majorité des auteurs, elle est grande; LINTZ (159) et TRETOWAN (254) y insistent tout particulièrement. Pour SPILLANE (237), il est évident que les troubles mentaux doivent être inclus dans la description clinique de la Maladie de CUSHING.

I.- OBSERVATIONS DE

MALADIE DE CUSHING HYPOPHYSAIRE

MEDVEI (174) fait état de 7 cas (dont 4 ont été vérifiés) de maladie de CUSHING par adénome basophile : dans tous les cas existaient des signes de dépression mélancolique de degré variable : 5 de ces 7 malades avaient été examinés par un psychiatre qui avait conclu au diagnostic de psychose dépressive authentique.

La malade de SCHLEZINGER et HORWITZ (221) aux antécédents de tics, de somnambulisme et d'énurésie, eut un accès de mélancolie deux ans avant l'installation de la maladie; cet accès rechuta par la suite. Les auteurs évoquent l'hypothèse, dans ce cas, d'une encéphalite à l'origine de la maladie en raison de l'existence d'un syndrome extra-pyramidal.

Le malade de FULLER (102) était porteur d'un adénome chromophile; gêné par son apparence, il ne voulait plus sortir. Il s'installa par la suite un état dépressif grave avec menaces de suicide qui nécessita l'hospitalisation.

RIMBAUD et coll. (206-207) rapportent le cas d'une femme de 34 ans qui avait des troubles du caractère avec réactions coléreuses et un comportement hypomaniaque; la tumeur hypophysaire était du volume d'une cerise.

Le cas d'AUSTREGESILO (19) concerne une femme de 45 ans internée 25 ans auparavant pour une psychose maniaco-dépressive et épilepsie, alors qu'elle était déjà atteinte d'obésité et d'hirsutisme. Elle est peu active et aboulique, désorientée dans le temps et dans l'espace. L'autopsie révèle l'existence d'un adénome basophile.

Deux observations où la tumeur hypophysaire paraît très probable en raison de l'élargissement de la selle turcique semblent concerner des états délirants :

celle de CROUZON (63) qui fait mention d'idées de grandeur et d'un mutisme d'abord intermittent, puis absolu pendant dix mois, et celle d'ANDERSEN (15) avec "affaiblissement de toutes les facultés", diminution du travail, puérilisme, incohérence des phrases.

KLOTZ et AVRIL (136, cas 2) publient un cas de syndrome de CUSHING d'origine hypothalamique, précédé de crises narcoleptiques chez un homme de 39 ans paraissant apathique, se souciant peu de son état et ayant des disputes familiales fréquentes.

11.- OBSERVATIONS DE MALADIE DE CUSHING

SANS PRECISION ETIOLOGIQUE

Un grand nombre de symptômes ont été mentionnés dans la littérature. La liste suivante en reproduit les principaux avec les termes mêmes utilisés par les auteurs :

Psychose : LINTZ (159), MERRITT (cité par TRETHOWAN) 7 cas sur 34, SWANN et STEPHENSON (cités par SIMPSON), HABERLANDT (122) 2 cas, SCHWÖBEL (228).

Idées de persécution : SPILLANE (237)

Hystérie : SPILLANE, cas 3, TRETHOWAN, cas 7

Instabilité émotionnelle : TRETHOWAN, cas 7, 9, 11.

Colères : BLAKS-PRITCHARD (30)

Humeur maniaco-dépressive : HABERLANDT, 2 cas

Apathie, désintérêt : NORTHFIELD (188, cas 2), BLAND et GOLDSTEIN (31), HABERLANDT, 2 cas, HOYLE (130), SPILLANE, cas 2, SCHWÖBEL.

Incapacité de travailler : LUFT (162, cas 6 et 7)

Dépression : BLAND et GOLDSTEIN, HOYLE, LUFT (cas 4, 5, 7) NORTHFIELD, SPILLANE (cas 2), TRETHOWAN (cas 5 et 9).

Suicide : il représente pour plusieurs auteurs un réel danger dans l'évolution de la Maladie de CUSHING. Des cas ont été rapportés par LUFT (cas 5), MACLAY et STOKES (163), une tentative, SCHWÖBEL, une tentative, SIMPSON, THOMPSON et EISENHARDT (cités par SPILLANE) trois cas.

Comme on le voit, une grande variété de troubles mentaux, des plus graves aux plus discrets, ont été observés. C'est en effet cette grande variabilité que souligne TRETHOWAN : presque toute la psychiatrie peut se rencontrer; cette variabilité existe non seulement d'un malade à l'autre, mais aussi chez le même malade. Il se dégage toutefois de cette énumération l'impression d'une plus grande fréquence de la dépression par rapport aux autres symptômes; c'est aussi l'opinion de TRETHOWAN.

SCHWÖBEL fait les mêmes constatations : il est surprenant, écrit-il, que les troubles psychiques puissent être polymorphes et changeants, non seulement en comparant les divers malades entre eux, mais encore chez le même malade; il n'y a pas en outre forcément de parallélisme entre l'importance des troubles endocriniens et celle des troubles psychiques : ainsi un ouvrier de 42 ans se présente d'abord avec une humeur de type "dépressive-apathique" pendant quelques mois au début des symptômes physiques; plus tard s'installe une euphorie avec états paroxystiques d'agitation à l'éclosion des transformations somatiques. Une fois le syndrome de CUSHING installé, l'humeur dépressive-apathique reparait, accompagnée d'irritabilité.

C'est la même évolution qui se reproduit chez un autre malade de 29 ans, la deuxième poussée dépressive fut marquée par une tentative de suicide; c'est alors que s'installent rapidement les troubles somatiques et que le malade sombre dans un état psychotique du type de la "réaction exogène aigue" de BONHOEFFER.



Cependant, SCHWÖBEL croit pouvoir reconnaître après Délia WOLF et STOLL (245), derrière le polymorphisme de ces désordres psychiques, une certaine uniformité dans les troubles mentaux "de base". Ceux-ci sont caractérisés par des troubles de l'humeur et des instincts, ce qui permet de les classer facilement dans le psychosyndrôme du cerveau intermédiaire ou le psychosyndrôme endocrine.

1° - Les troubles des instincts : ils concernent la faim, la soif, la sexualité, l'instinct maternel, le sommeil. Là encore, le polymorphisme s'observe : chaque instinct peut être affaibli ou augmenté et peut varier en quelques jours.

2° - Les troubles de l'humeur : non seulement ils peuvent varier chez le même malade mais, selon l'analyse de SCHWÖBEL, ils ne sont ni franchement dépressifs, ni franchement euphoriques; en réalité, on peut remarquer chez un malade dépressif de l'agitation sthénique et, à l'inverse, chez un sujet euphorique, des composantes asthéniques-apathiques.

III.- ASPECTS EVOLUTIFS

1° - Les troubles mentaux sont plus ou moins précoces dans l'évolution de la maladie; mais ils apparaissent habituellement en même temps que les symptômes physiques, ou après eux. Plus rarement, ils les précèdent. On a vu qu'il n'y avait pas toujours de parallélisme entre ces deux groupes de signes. Dans quelques observations, ils sont tellement importants qu'ils dominent la symptomatologie clinique de la maladie.

2° - Beaucoup de malades ont été traités par radiothérapie hypophysaire ou implantation de RADON :

Certains ont eu une amélioration : tels les cas de LUFT, BLAND et GOLDSTEIN, HOYLE, LINTZ, SWANN et STEPHENSON.

D'autres au contraire ont été aggravés : les deux de RIMBAUD, ceux de NORTHFIELD, SWANN et STEPHENSON, SIMPSON (dont le malade se suicida malgré une grande amélioration des symptômes physiques).

Enfin, NORTHFIELD mentionne un cas où les troubles psychiques n'apparurent qu'après l'irradiation.

IV.- CONCLUSION

Dans le syndrome de CUSHING, les troubles psychiques sont fréquents : leurs aspects cliniques sont extrêmement variés, parcourant la gamme des affections psychiâtriques : parmi celles-ci, la dépression semble la plus souvent rencontrée et la tendance au suicide plus développée qu'ailleurs.

Derrière ce polymorphisme, certains ont pu décrire un tableau commun de trouble de l'humeur et des instincts.

Ces désordres psychiques peuvent être aggravés par la radiothérapie hypophysaire.

HYPOPITUITARISME

On n'envisagera ici que les cas d'hypopituitarisme sans tumeur afin de dissocier au mieux les troubles psychiques dus au syndrome endocrinien et ceux dus à la tumeur proprement dite quand elle existe.

1.- PSYCHOSES AIGUES

Elles sont citées dans toutes les études d'ensemble et dans plusieurs observations : WADSWORTH (262) rapporte un cas qui présenta des attaques d'excitation délirante; la malade de BLAU (32) a développé à la suite d'un coma hypopituitaire une psychose organique avec désorientation et délire d'une durée de trois mois, ayant guéri complètement sous l'action de la cortisone. Des états de confusion mentale ont été observés par CLEGHORN (61) et HABEL (121). KLOTZ (137) mentionne aussi l'existence de psychoses aiguës au cours de l'évolution de l'hypopituitarisme. B. STAEHELIN (240) et KIND (135) parlent de "réaction exogène aigue" de BONHOEFFER.

Quelle que soit la terminologie adoptée, il s'agit ici d'états aigus, délirants ou confusionnels, pouvant précéder ou suivre le coma; ils sont liés, pour tous les auteurs, à des perturbations métaboliques et particulièrement à l'hypoglycémie observée dans les poussées évolutives. Ils sont temporaires et guérissent complètement par le traitement : injection intra-veineuse et dextrose dans le cas de WADSWORTH ou traitement hormonal.

11.- PSYCHOSES CHRONIQUES

MENNINGER (178) étudiant les troubles endocriniens rencontrés chez les malades mentaux, constate chez 30 malades atteints d'hypopituitarisme, les affections suivantes : 13 schizophrénies, 3 oligophrénies, 3 cyclothymies, 2 hystéries, 4 troubles du comportement; il conclut à l'absence de liaison entre un trouble mental et une maladie endocrinienne définie.

NOTKIN (189, cas 2) cite un syndrome de BABINSKI-FRÖLICH chez un hébéphrène homosexuel.

HUTTON et STEINBERG (131) constate chez 64 malades "aux l'existence d'une insuffisance hypophysaire; ces malades se répartissent de la sorte : 35 démences précoces, 8 psychoses maniaco-dépressives, 3 mélancolies d'involution, 2 psychonévroses, 16 cas "divers".

Le malade de LEMOS (149) atteint de syndrome adiposo-génital, développa sur un terrain psychasthénique une psychose maniaco-dépressive typique à rechutes fréquentes avec mélancolie délirante ayant nécessité 13 internements.

Celle de WADSWORTH a eu deux accès de dépression et des attaques mineures d'hypomanie avant l'installation d'une cachexie hypophysaire.

ABELY (9) rapporte le cas d'une déséquilibrée psychique constitutionnelle qui a vu s'installer, en même temps qu'un myxoedème hypophysaire, un état hypomaniaque caractérisé d'évolution progressivement croissante ayant finalement nécessité l'internement.

SCHROCK (224) publie un cas de dépression grave chez une femme atteinte de panhypopituitarisme et hallucinée de façon intermittente depuis trente mois.

FARQUHASON (92) décrit que les psychoses peuvent survenir et il les attribue au myxoedème.

SIMPSON (230) a rencontré dans l'évolution de maladies de SIMMONDS non traitées des états dépressifs et des psychoses délirantes.

KLOTZ et coll. rapportent un cas de dépression grave avec suicide, un cas de psychose paranoïde ayant succédé à un épisode infectieux de méningo-encéphalite et un délire hallucinatoire de persécution évoluant depuis deux ans chez un " petit paranoïaque " ; à l'autopsie existait une altération inflammatoire de l'hypophyse et de l'hypothalamus au niveau de l'infundibulum et des parois latérales.

L'enquête approfondie de KIND (135) sur 25 maladies de SIMMONDS et 50 insuffisances hypophysaires ne lui a pas permis de découvrir dans ces cas de psychose délirante chronique; il observe fréquemment chez les malades non traités un léger "psycho-syndrome amnésique" caractérisé par des troubles de la mémoire et de la conception, décelés en particulier par la méthode des tests, mais il s'agit là de troubles bien différents.

III.- LE FOND MENTAL

1° - C'est surtout dans la cachexie de SIMMONDS et le syndrome de SHEEHAN qu'il a été étudié.

SHEEHAN lui-même (229) parmi 96 cas sélectionnés comme hypopituitarisme sévère; en dénombre 59 chez lesquels existait un grand degré de torpeur mentale; il décrit l'apathie, la perte de l'initiative de ces malades qui n'ont plus d'intérêt pour leur entourage et s'installent dans un état d'inertie placide. Ils ne désirent pas aller à l'hôpital; lorsqu'ils y sont transportés, ils passent leur temps au lit et ne montrent aucun désir de rentrer chez eux.

Dans 22 cas (en éliminant les malades dans le subcoma), il existait des troubles mentaux définis : habituellement un état dépressif ou mélancolique. Dans tous les cas existait une faiblesse physique et une répugnance à l'activité physique.

Ce tableau est également retrouvé chez les malades de STAEHELIN (240) qui insiste sur la disparition de l' "Antrieb", la négligence complète des plus élémentaires devoirs; cependant, l'apathie peut être interrompue par des impulsions soudaines qui ne durent guère.

C'est aussi une répulsion pour les menus travaux domestiques que présente la malade de SUMMERS (248, cas 2).

SIMPSON cite le cas d'une "femme de chambre idéale" qui perdit tout intérêt pour sa maison et sa famille, y compris ses deux enfants, pour lesquels pas une bribe d'instinct maternel ne persistait, et celui d'une femme "élégante et charmante", qui devint complètement indifférente à sa toilette et à son apparence et devint même malpropre.

L'apathie, la lenteur, la négligence, sont encore signalées par MEDVEI (174), CLEGHORN (61), BRISSOT (49), KLOTZ, WADSWORTH. Cet auteur rapporte, en outre, les conclusions de LISSER et ASCARILLA (160) : à peu près la moitié des cas vérifiés présente de l'apathie, de la dépression et de la somnolence, ce qui représente une difficulté supplémentaire dans le diagnostic différentiel avec l'anorexie mentale.

La malade de TODD (252) est depuis cinq années atteinte de torpeur croissante et bientôt s'installe un état dépressif anxieux; celui de GILBERT-DREYFUS (111, cas 1) reste au lit, se désintéresse de tout, il a de brusques sautes d'hostilité agressive.

Mac CREADY (164) signale, à côté du type apathique, le type hyperactif : superficiellement brillant, bavard, curieux, avec souvent des conduites anti-sociales telles que le vol ou la fugue. On en rapprochera les cas qui, selon MEDVEI, débutent par une phase d'irritabilité et d'excitabilité précédant l'apathie.

Pour KIND (135), les 9/10 des malades étudiés par l'auteur ont présenté une altération psychique plus ou moins sévère : il s'agit des mêmes troubles que ceux décrits jusqu'à présent : perte de l'"Antrieb", indifférence, modifications de l'humeur qui devient dépressive-athique, plus rarement euphorique (avec ou sans excitation). Ces troubles ne sont nullement spécifiques : il s'agit là du psychosyndrôme endocrine de M. BLEULER.

Il faut citer à part l'observation de DAUM et GRUNER (85) bien particulière d'une part par l'existence de troubles de la mémoire et d'une certaine désorientation; d'autre part à cause de l'existence à l'autopsie, à côté de lésions histologiques de l'hypophyse, d'un gros kyste hémorragique de l'épiphyse.

2° - Dans le nanisme hypophysaire : les constatations sont moins concordantes :

Pour MEDVEI, habituellement le psychisme est normal, l'intelligence bonne, l'activité normale.

ALBEAUX-FERNET (12) écrit que l'intelligence est en général normale ou à peine retardée, mais que les troubles caractériels sont fréquents : il a observé trois enfants agressifs, quatre inadaptés, un inhibé. Il constate une diminution du seuil de tolérance à la frustration et l'existence à tout âge d'un "Moi fugueur".

FRANCOIS et Coll. (99), dans leur étude récente sur le nanisme hypophysaire, constatent que le développement intellectuel est normal, qu'on peut noter un certain puérilisme, mais que, comme chez beaucoup de nains, des troubles caractériels peuvent exister : timidité excessive, agressivité.

DELAY (79) rapporte l'observation d'un nanisme hypophysaire, débile profond épileptique, de comportement très infantile.

KUGELMASS (141) observe chez six enfants atteints de panhypopituitarisme un retard mental, de la dépression, de l'introversion et de l'irritabilité; il signale également dans un cas de l'apathie, de la lenteur et de l'indifférence, qui régressent lentement et incomplètement sous traitement.

IV.- CONCLUSIONS

Il ressort de ces travaux qu'il existe au cours de l'hypopituitarisme et particulièrement des syndrômes de SIMMONDS-SHEEHAN :

1° - Un état mental de base : dont la fréquence varie selon les statistiques de 50 % à 90 % des cas, et qui est constitué essentiellement par une apathie considérable, avec indifférence, négligence et état dépressif.

2° - Des psychoses aiguës délirantes ou confusionnelles liées aux troubles métaboliques et particulièrement à l'hypo-glycémie, guérissant rapidement par le traitement spécifique.

3° - Quant aux psychoses chroniques, elles peuvent se rencontrer, mais elles ne sont pas très fréquentes et, de l'avis général, il faut y voir une coïncidence et chercher leur origine ailleurs que dans l'hypopituitarisme.

AUTRES CORRELATIONS

ENTRE

HYPOPHYSE

ET

TROUBLES MENTAUX

1° - Psychose maniaco-dépressive

DELAY, MALLET et NAUDASCHER (76) ont publié un cas de persistance anormale du tractus pharyngé embryonnaire chez un débile mental ayant des accès dépressifs ou maniaques de courte durée, des accès confuso-oniriques et des crises coléreuses sans caractère comitial.

HIRSCH (129) a découvert une selle turcique volumineuse chez un homme présentant un état maniaco-dépressif.

On rapprochera de la psychose maniaco-dépressive les deux cas de BERGOUIGNAN (26) : le premier est celui d'un adolescent de 16 ans atteint d'un syndrome de BABINSKI-FRÖLICH, chez lequel se manifestèrent tous les mois des troubles faits soit d'excitation avec insomnie, soit de ralentissement avec hypersomnie; il n'y avait pas de signe d'encéphalite ni de tumeur hypophysaire. Dans l'autre cas, pendant les deux années d'une très importante poussée de croissance (33 cm) apparaissaient tous les mois et pendant une semaine des épisodes d'excitation avec insomnie.

Il faut citer les travaux d'ABELY et de ses collaborateurs (2,3,6,7) : dans 22 cas sur 23 de manie (mais le 23° était de diagnostic douteux), la réaction de ZONDECK était positive, alors qu'elle était négative dans 12 cas de mélancolie. Les auteurs constatent l'hyperfonctionnement hypophysaire, mais ne portent pas de conclusion sur un rôle étiologique éventuel. Dans un cas de psychose maniaco-dépressive (5), il y avait une preuve histologique de l'hyperplasie hypophysaire.

2° - Schizophrénie

ROWE et POLLOCK (211) dans leur statistique constatent que 102 cas de psychose ont un élément hypophysaire associé; 30 de ces cas sont atteints de démence précoce.

BATT et Coll. (23) ont la conviction que le lobe postérieur de l'hypophyse a une grande importance dans la schizophrénie.

NOTKIN (189) est d'un avis contraire : ayant éliminé tous les cas présentant des signes endocriniens "vagues et équivoques", il ne trouve que 5 cas de psychoses avec endocrinopathie sur une population de 6.000 malades; il conclut qu'il n'y a pas lieu de croire à une relation causale entre endocrinopathie et maladie mentale.

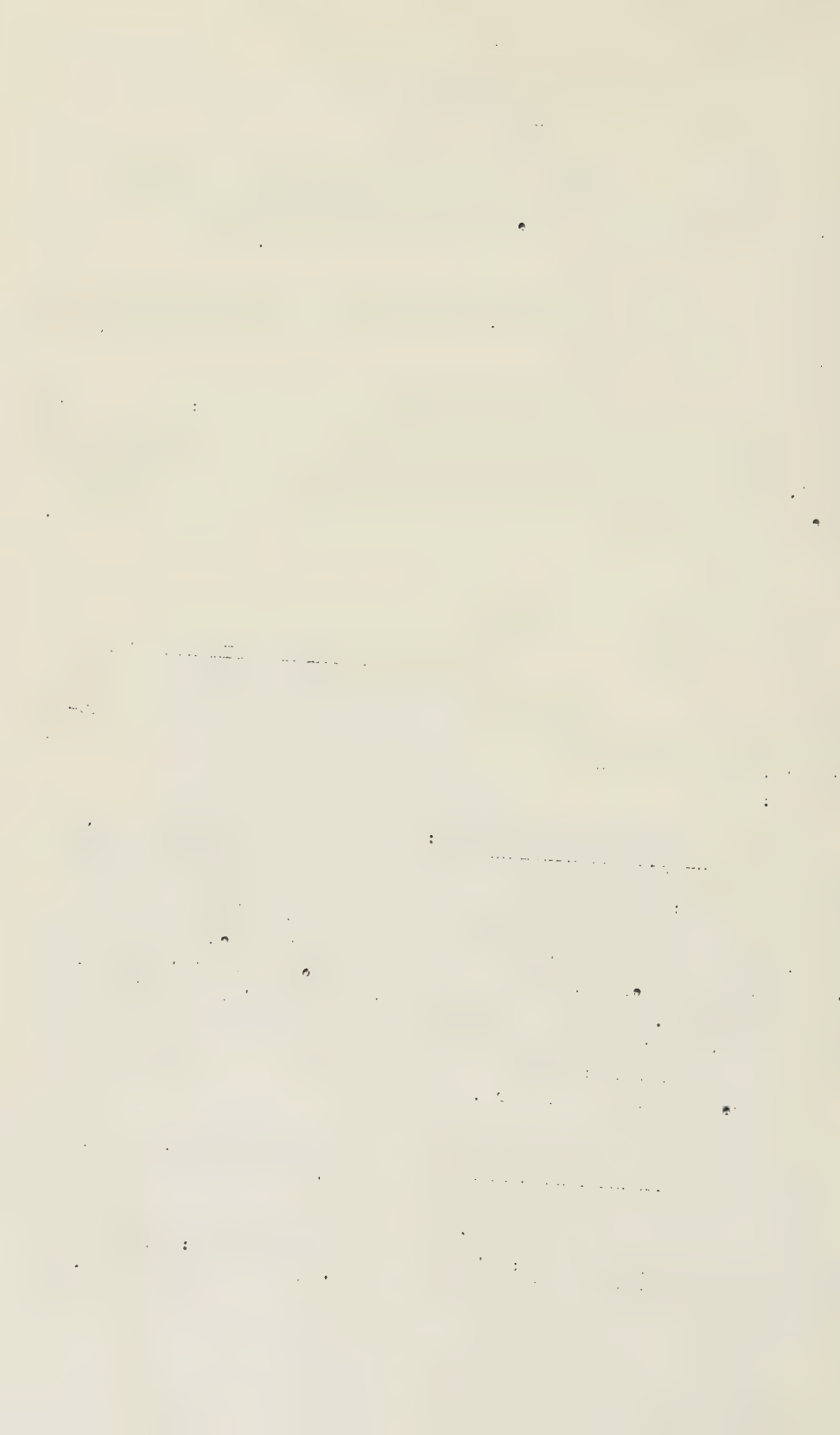
3° - Syndrômes hypophysaires post-émotionnels

Huit observations ont été publiées dans la littérature, qui concernent toutes des adolescentes ou des jeunes femmes. Ce sont :

4 syndrômes de CUSHING : dans le cas de WRIGHT (271), il se développe rapidement chez une jeune fille de 15 ans après un gros choc émotionnel; le premier cas de BERGOUIGNAN et GUERIN (27) débuta à 23 ans après le choc nerveux constitué par l'invasion allemande; le second cas à 19 ans après un "saisissement" occasionné par la vue d'un convoi de déportés, par la suite se développe une véritable névrose d'angoisse. FOUCAS (97) rapporte l'histoire d'un syndrome de CUSHING précédé d'un état mélancolique; le traumatisme causal est attribué à une mésentente avec le mari et à une stérilité consécutive à un avortement involontaire.

3 hypopituitarismes cités par KLOTZ et Coll. (137). Les auteurs soulignent le rôle possible de l'hypothalamus.

1 acromégalie : c'est le cas de PEL (199) : la malade s'était crue atteinte dans l'obscurité et l'acromégalie se développa rapidement par la suite.



ORIGINE DES TROUBLES MENTAUX

DANS LES

SYNDROMES HYPOPHYSAIRES

Quatre types d'explications ont été avancés à l'origine des troubles mentaux dans les syndrômes hypophysaires : réaction aux troubles dysmorphiques, compression de l'hypothalamus par la tumeur, origine endocrinienne proprement dite, origine hypothalamique des troubles psychiques et endocriniens.

I.- REACTION AUX TROUBLES DYSMORPHIQUES

1° - Dans l'acromégalie, certaines observations font ressortir l'aspect incontestablement réactionnel de troubles psychiques. DAVIS (177) rapporte le cas d'un acromégale qui a développé tous les symptômes d'une "véritable psycho-névrose" seulement lorsque la maladie fut véritablement défigurante; sa résistance au traitement semblait due à la persistance de cette difformité; il lui était impossible de rencontrer un étranger ou un ami; il disait que ses lèvres et son menton étaient l'objet de commentaires malveillants et manifestait une émotion profonde quand il en parlait.

MARK (189), dans son auto-observation, était également très préoccupé de sortir dans la rue; il pensait que le cer-veau des jeunes filles qu'il rencontrait dans la rue possédait quelque centre capable d'être stimulé par son apparence.

GEIST et CRAWSHAW (107) ont fait subir à un acromégale une série de tests psychologiques; le test de E. DRAW et H. PERSON a montré que sa figure féminine idéale était une femme d'apparence acromégale.

2° - Dans le syndrome de CUSHING : SPILLANE (237), SCHLEZINGER et HORWITZ (221) pensent qu'il y a plus qu'une simple réaction à la disgrâce physique. BLAND et GOLDSTEIN (31) rapportent



le cas d'une femme de 20 ans qui était très affectée de sa rougeur et dont l'état mental s'améliora considérablement après l'atténuation de celle-ci, tandis que la bouffissure persistait. Une seconde série de radiothérapie hypophysaire rendit normal le psychisme.

3° - Dans l'hypopituitarisme, de même, ALBEAUX-FERNET et coll. (12) posent le problème du retentissement affectif des anomalies morphologiques chez leurs malades atteints de nanisme, infantilisme et retard pubertaire.

4° - Il est manifeste, par contre, que certains malades se soucient fort peu de leur aspect physique. D'autre part, on peut rappeler le cas rapporté par SIMPSON (230) dont le malade s'est suicidé après une grande amélioration de son état physique.

Dans les cas précédemment rapportés (DAVIS, MARK), où il y a des troubles manifestement réactionnels, leur intensité est telle qu'on peut se demander s'il n'y a pas un facteur particulier de la personnalité qui en soit principalement responsable.

En conclusion, il est possible que la réaction aux troubles dysmorphiques ait un rôle à jouer dans les troubles mentaux des syndrômes hypophysaires, mais elle n'est pas constante et, quand elle existe, ne semble pas prépondérante.

II.- ORIGINE TUMORALE

Comme on le verra dans l'étude du syndrome tumoral, la compression de l'hypothalamus et des formations voisines par une tumeur hypophysaire est à l'origine de certains troubles tels les troubles mnésiques, les états confusionnels et pseudo-déméntiels.

Par contre, les modifications de l'humeur et des instincts, l'apathie, c'est-à-dire l'ensemble des troubles groupés par M. BLEULER sous le nom psycho-syndrôme endocrine, ne peuvent, dans les syndrômes hypophysaires, être directement liés à

l'existence d'une néoformation, puisqu'ils sont les mêmes chez des malades sans tumeur : ainsi en est-il pour les syndrômes de SHEEHAN, la plupart des syndrômes de CUSHING. Rappelons, à ce propos, que BLEULER a mis en évidence chez les acromégaloïdes le même "psycho-syndrôme" et que, par définition, ces malades ne sont jamais porteurs de tumeur hypophysaire.

III.- ORIGINE ENDOCRINIENNE

Dans cette hypothèse, on doit admettre le caractère primitif, dans le temps, de la lésion hypophysaire et l'action sur le système nerveux (cortex ou hypothalamus) des perturbations endocriniennes, que cette action soit l'effet direct de ces perturbations, ou qu'elle en soit l'effet indirect, par l'intermédiaire de processus métaboliques par exemple.

Cette hypothèse a été d'abord très séduisante : après la paralysie générale et l'encéphalite épidémique, elle permettait de trouver une base organique aux maladies mentales. Elle a paru ensuite décevante en raison de l'échec rencontré dans les essais de constitutions de syndrômes endocrino-psychiâtriques définis.

L'origine endocrinienne expliquerait bien que les troubles mentaux soient les mêmes dans tous les syndrômes de CUSHING, quelle que soit la lésion primitive.

L'absence de spécificité des troubles psychiques dans les syndrômes hypophysaires ne semble pas pouvoir être retenue contre leur origine endocrinienne ; à l'inverse, il n'existe actuellement aucune preuve de la justesse de cette théorie. En outre, le caractère inconstant de ce psycho-syndrôme montre que les troubles hormonaux sont insuffisants à eux seuls à le provoquer.

IV.- ORIGINE HYPOTHALAMIQUE

Cette conception place au niveau de l'hypothalamus un trouble organique ou fonctionnel, responsable à la fois des troubles mentaux et des désordres endocriniens.

C'est dans cette perspective que PEIGNE (198) a tenté récemment d'individualiser un virilisme pituitaire avec troubles mentaux d'origine centrale.

On expliquerait ainsi de façon satisfaisante les quelques cas de syndrome de CUSHING, d'hypopituitarisme et d'acromégalie post-émotionnels.

Mais cette hypothèse n'est nullement démontrée et, si elle résoud le problème de l'absence de spécificité des troubles psychiques, elle en pose un nouveau, celui du "choix" de la maladie endocrinienne.

SYNDROMES TUMORAUX

1. Reproduction interdite sans autorisation de l'éditeur. Toute réimpression est formellement interdite. Toute réimpression est formellement interdite.

ETATS CONFUSIONNELS ET DEMENTIELS

HECAEN et de AJURIAGUERRA (125) groupent ces états en états "confuso-déméntiels"; pour eux, en effet, "il s'agit d'une gamme d'aspects déficitaires s'étendant du rôle confusionnel au pôle démentiel ... ne les envisageant que comme des degrés d'un trouble de base, nous les étudierons globalement, quitte à insister sur certains aspects prévalents se détachant sur le fond commun et pouvant, de ce fait, reconnaître une valeur séméiologique isolée."

On pourra donc, artificiellement, selon l'aspect clinique prédominant, distinguer les états démentiels, les états confusionnels et les troubles de la mémoire.

Les états démentiels, c'est-à-dire les états où l'aspect déficitaire prédomine sur l'aspect confusionnel, sont assez rares dans les tumeurs purement hypothalamiques; ils sont plutôt le fait des tumeurs thalamiques (HECAEN et de AJURIAGUERRA (125), SADOUN (Thèse, PARIS). On citera les observations de CESTAN et HALBERSTADT (58) SOCA (233), ABELY et COULEON (4), RUSSEL et PENNYBACKER (212), GOURIOU, GUIRAUD et SCHERRER (112), BOYCE et BEADLES

Les états confusionnels sont beaucoup plus fréquemment rencontrés. Dans la statistique de HECAEN et de AJURIAGUERRA, ils existent dans un peu plus d'un quart des cas. De nombreuses observations en font état. Mais souvent, les troubles mnésiques prennent le pas sur la désorientation, réalisant parfois l'aspect du Syndrome de KORSAKOW. En raison de leur intérêt, ces troubles de la mémoire méritent une description particulière.

TROUBLES DE LA MEMOIRE

Ils sont très souvent mentionnés dans les observations cliniques de tumeurs de la région hypothalamique et de tumeurs hypophysaires; dans ces cas, il est habituel que la néoformation soit volumineuse et fasse saillie au-dessus de la selle turcique, comprimant le plancher du 3ème ventricule. Nous avons relevé dans la littérature, 79 observations de ce type.

1.- ASPECTS CLINIQUES

Dans un grand nombre de cas, les troubles mnésiques revêtent l'aspect du syndrome de KORSAKOFF. Dans d'autres observations, les troubles mnésiques sont moins analysés, ils seront étudiés à part.

1° - Observations comportant un syndrome de KORSAKOFF : elles sont au nombre de 53. Le syndrome s'observe sans polynévrite associée; il est souvent un peu atypique : si la désorientation et l'amnésie de fixation sont constantes, les fausses reconnaissances et la fabulation peuvent manquer. M. BLEULER décrit le même syndrome sous le nom de "psychosyndrome amnésique" (36).

Quoiqu'il en soit, le trouble mnésique est bien caractérisé par une amnésie dite de fixation; amnésie pour les faits récents. Il s'agit plus précisément - J. DELAY (72, pp.59 à 73) d'une amnésie de mémoration. La "mémoire immédiate" ou "empan de mémoire" (DELAY et PICHOT, 77, p.189), explorée par exemple par la répétition de séries de chiffres, est conservée chez ces malades; ce qui est aboli, c'est la fonction de présentification. Ces faits sont bien constatés par WILLIAMS et PENNYBACKER (270) dans leur excellent article sur les troubles de la mémoire dans les tumeurs du 3ème ventricule.



Ces observations se répartissent en :

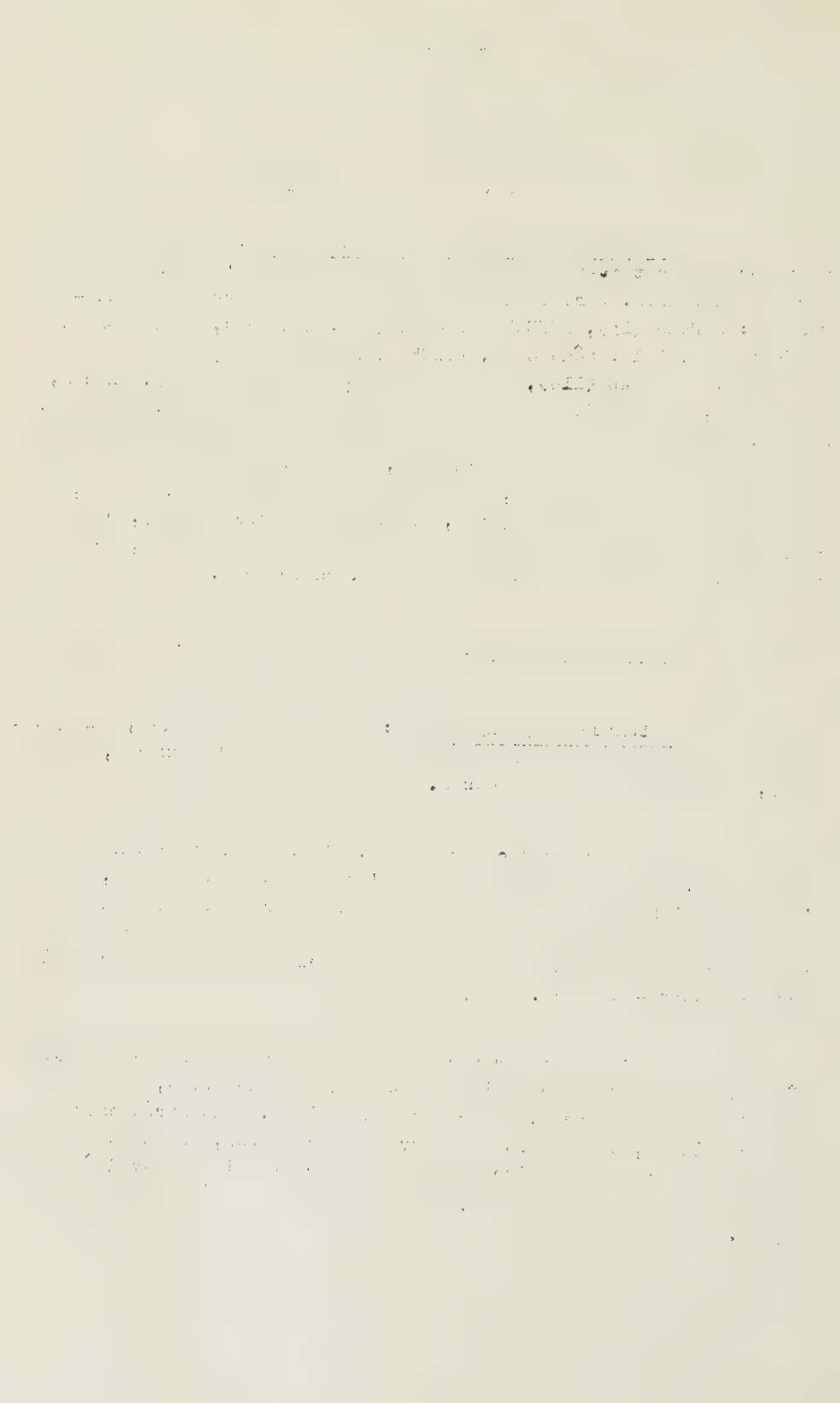
44 tumeurs intéressant l'hypothalamus : souvent, le compte-rendu anatomo-pathologique met en évidence l'atteinte des corps mamillaires, parfois isolée; ce sont les observations suivantes : ALPERS (13), BENEDEK et JUBA (25), deux cas, BOITTELE et FRUHLING (43, 101 : même cas), BOYCE et BEADLES (46), CLAUDE et CUEL (59), GRÜNTAL (114), HECEN et de AJURIAGUERRA (125), six cas, LANG (143), LHERMITTE, DOUSSINET et de AJURIAGUERRA (156), LHERMITTE, SENGES, BOULET et TRELLES (158); Mc PHERSON (165), OBREGIA, DIMOLESCO et CONSTANTINESCO (191), ORTHNER (192, cas 11), ORZECOWSKI et MITKUS (193), POLLOCK (202), RIESE (205), SCHNEIDER (222, cas 2), SOUQUES, BARUK et BERTRAND (235), SPROFKIN et SCIARRA (238), trois cas, STERTZ (244) neuf cas, STRAUSS et GLOBUS (246), WAGNER, trois cas (263), WILLIAMS et PENNYBACKER (270), quatre cas.

1 lésion traumatique par éclat de grenade : CZECHMANEK (67)

8 tumeurs hypophysaires : ABELY et COULEON (4), CUEL (64), de MORSIER et REY (184), ORZECOWSKI et MITKUS (193) deux cas, TOLOS4 (253), WHITE et COBB (269) cas 2.

Dans 7 de ces observations, l'expansion suprasellaire est prouvée. Dans la huitième (cas 3 d'ORZECOWSKI et MITKUS), il s'agissait d'un "kyste" de l'hypophyse sans autre renseignement anatomo-pathologique; mais l'existence de troubles pupillaires et d'un syndrome parkinsonnien permettent de penser que la tumeur était largement supra-sellaire.

Il faut ajouter à ces cas de lésions tumorales les syndrômes de KORSAKOFF avec lésions histologiques électives, sans lésions du cortex cérébral, des corps mamillaires, rencontrés chez les alcooliques, telles les 8 observations de DELAY, BRION et ELISSALDE (74); pour la discussion de la localisation du syndrome de KORSAKOFF, nous renvoyons aux travaux de notre Maître, J. DELAY (73, 74).



2° - Autres observations comportant des troubles de la mémoire. Ces troubles sont souvent décrits sommairement; il s'agit toujours de tumeurs atteignant ou comprimant l'hypothalamus. Selon les renseignements fournis par les auteurs, on peut classer ces observations en trois groupes :

a.- troubles de la mémoire des faits récents : 17 cas,
dont un (WEINBERGER) avec atteinte de l'empan de mémoire : DEJEAN, GROS et BOUDET (69), FULTON et HAILEY (103, cas 2), HAPPNER (127), LEROY (151), NEUGEBAUER (185), RUSSEL et PENNYBACKER (212), douze cas sur vingt-quatre, WEINBERGER et GRANT (266).

b.- "trouble" ou "diminution" de la mémoire (sans autre précision), souvent associé à l'inattention ou à la confusion mentale :
12 cas : BECKMANN et KUBIE (24), CESTAN et HALBERSTADT (58), CRITCHLEY et IRONSIDE (62), DIDE et DENJEAN (83), HEIMBACH (126), LAUNOIS et CLERET (144) deux cas (cas 3 et 8), NEUSTAEDTER et MELTZER (186), NORSTRAND (187, cas 5), SAINTON et PERON (214), TIBERIN, GOLDBERG et SCHWARTZ (251), WHITE et COBB (269).

c.- amnésies massives : 3 cas

- par épisodes : FARNELL (91);
- subite : THOMAS, JUMENTIE et CHAUSSEBLANCHE (250),
- très étendue et régressive en trois jours :
CLAUDE et LHERMITTE - (60).

II.- ETIOLOGIE

1° - Rôle de l'hypertension intra-crânienne :
il est trop facilement évoqué à l'origine des troubles mentaux des tumeurs intra-crâniennes.

EUSCH (53) considère cette hypothèse comme insoutenable. WILLIAMS et PENNYBACKER la rejettent également : dans leurs quatre observations, la pression intra-crânienne est revenue à la normale sans entraîner de changement dans les troubles de la mémoire; d'autre part, les tumeurs de la fosse postérieure dans lesquelles l'hypertension intra-crânienne était constante ont un

pourcentage plus faible de ces troubles, qui sont en outre d'une nature différente. C'est à une conclusion un peu différente que parviennent HECAEN et de AJURIAGUERRA en utilisant les méthodes statistiques : "on ne peut exclure l'hypothèse selon laquelle ce serait l'hypertension intra-crânienne qui aurait le rôle prépondérant dans le déclenchement des troubles psychiatriques au cours des tumeurs supra-tentorielles."

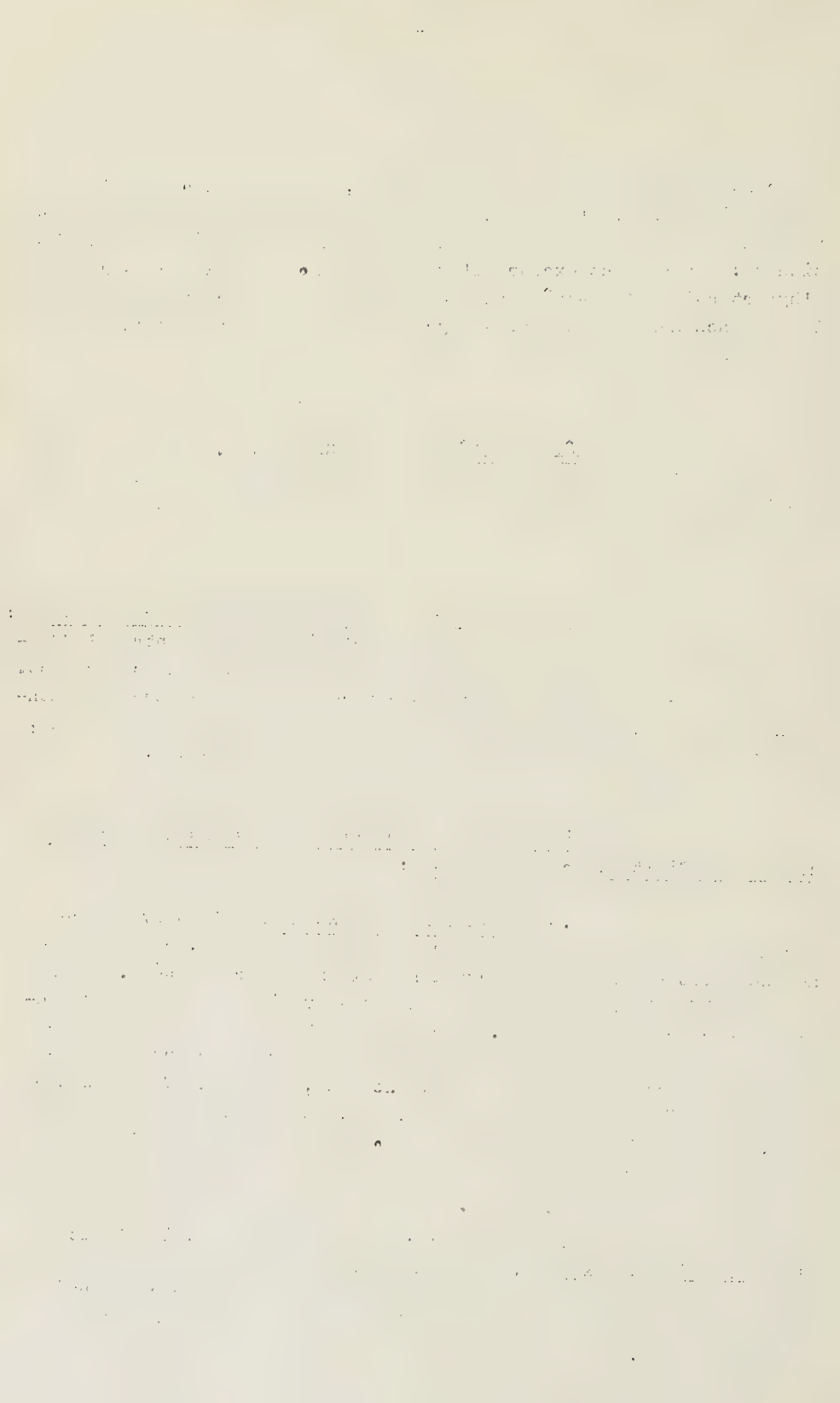
2° - Rôle de l'âge - WALTHER^UBUEL, M. BLEULER (36), WILLIAMS et PENNYBACKER constatent que les troubles mentaux et en particulier les troubles mnésiques sont plus fréquents chez les sujets âgés.

3° - Relation avec les autres déficits psychologiques : WILLIAMS et PENNYBACKER constatent la relation étroite entre l'affaiblissement de la mémoire et la diminution du niveau de la conscience. Toute autre relation est éliminée après comparaison des troubles mentaux observés chez les malades porteurs de tumeurs du 3° ventricule, de tumeurs de la fosse postérieure et de tumeurs frontales.

4° - Rôle de la topographie des lésions et problème de la spécificité de ces troubles :

a.- Le Syndrôme de KORSAKOFF s'observe électivement dans les tumeurs de la région hypothalamique, comme en témoignent les nombreuses observations qui ont été rapportées. HECAEN et de AJURIAGUERRA, à partir de leurs observations personnelles soumises au calcul statistique, concluent que "le fait que la quasi-totalité des syndrômes de KORSAKOFF se rencontre au cours des lésions mésodiencephaliques ne peut, ne peut, malgré le faible nombre de cas, être attribué au hasard." Et, en effet, DELAY et BRION (73), DELAY, BRION et ELISSALDE (74) ont mis en évidence l'importance de l'atteinte des corps mamillaires dans ce syndrôme.

b.- Dans un certain nombre de cas, il s'agit d'une amnésie de fixation, à laquelle BLEULER (36) et SCHNEIDER (222) refusent toute spécificité. Il est possible de rencontrer ce symptôme dans quelques cas de tumeurs occipitales et surtout dans les tumeurs frontales.



TROUBLES DE L'HUMEUR

ET

DU CARACTERE

" Il suffit de relire les nombreuses observations relatées dans le livre de CUSHING - écrit BARUK (22, p.157) - pour constater ce fait : presque chaque cas s'accompagne, souvent très précocément et avant même l'apparition de symptômes d' hypertension intra-crânienne, de ralentissement de l'activité, de tendance à l'immobilité, d'apathie, d'inertie d'allures."

Apathie, indifférence, perte de l'initiative, perte de l'incitation à l'action, tels sont les termes les plus souvent utilisés pour désigner un trouble fondamental, souvent rencontré dans les tumeurs de la région hypothalamo-hypophysaire.

Ainsi le malade de WHITE et COBB (269, cas 1) âgé de 43 ans, reste à la maison, perd toute ambition, il désire simplement rester assis à écouter la radio; le cas n°2 des mêmes auteurs, femme d'intérieur consciencieuse, néglige son ménage, devient paresseuse et inerte. La malade de POLLOCK (202) devient également apathique et somnolente, peu soucieuse de son apparence et malpropre. On pourrait multiplier ainsi les exemples de l'apathie hypothalamique, qui ne diffère en rien du syndrome rencontré dans les maladies endocrines, en particulier l'acromégalie, la maladie de CUSHING et l'hypopituitarisme : il s'agit là des mêmes troubles.

Cette apathie s'accompagne souvent d'une euphorie comme en témoignent les observation d'ABELY et de Mme SAUGUET (8), CUEL (64), FULTON et BAILEY (103), LEEGE (147, deux cas), Mac PHERSON (165), POLLOCK, RIESE (205), ROSS (209), STRAUSS et GLOBUS (246), WAGNER (263, trois cas). Ce mélange d'apathie et d'euphorie est également présent dans les syndrômes hypophysaires : les auteurs de langue allemande utilisent les expressions de "flach-Euphorie" ou de "stumpfe Euphorie" aussi bien dans les troubles mentaux des syndrômes

endocriniens que dans ceux des tumeurs intéressant l'hypothalamus. DELAY, BRION et BLISSALDE insistent sur l'état affectif particulier avec euphorie qui accompagne le syndrome de KORSAKOFF.

Le puérilisme est noté dans les observations de ABE (1), DEJEAN, GROS et BOUDET (69), SCHERRER et Madame LE BAS (217), WHITE et COBB (269, cas 2).

La mégalomanie, la tendance aux facéties est citée par ALPERS (13), CUEL (64); l'irritabilité est très fréquente, mais c'est un symptôme beaucoup plus banal au cours des affections organiques cérébrales.

L'inconscience de la maladie fait souvent partie du tableau clinique : elle est au maximum chez la malade de VINCENT, RAPPOPORT et BERDET (260) qui s'étonne des questions qu'on lui pose, éclate de rire et, devant l'évidence, nie avoir uriné par terre; les auteurs l'attribuent à l'hypertension intra-crânienne; il s'agit d'un adénome chromophile et les troubles ont régressé après l'intervention.

L'apathie peut prendre des aspects plus accentués :

C'est un tableau de catatonie que présente la malade de FURTADO et FREITAS trouvé porteur, à l'autopsie, d'un énorme choléstéatome kystique du plancher du 3° ventricule : l'histoire avait commencé vers l'âge de 24 ans par une "dépression" avec insomnie, inhibition motrice et apragmatisme; après deux rechutes de ces troubles, le malade présente un tableau complet de catatonie acinétique précédé de refus de la nourriture et d'idées hypocondriaques. L'évolution, après insulino-thérapie, fut mortelle.

Parfois est réalisé le mutisme akinétique, dont la description clinique a été très bien faite par CAIRNS, OLDFIELD, PENNYBACKER et WHITTERIDGE (56) : le malade est complètement muet et immobile, somnolent, mais facilement réveillé; les mouvements des yeux peuvent persister; le malade absorbe bien les aliments à condition qu'on le nourrisse; l'incontinence des urines et des matières est habituelle. Des fluctuations peuvent survenir dans

l'intensité de cet état au cours de l'évolution. LAVY (146) rapporte aussi un cas de mutisme akinétique chez un homme de 33 ans, porteur d'un crânio-pharyngiome; cet état s'est installé progressivement un an auparavant par de l'indifférence et le désintérêt de l'apparence, comme dans les formes habituelles de l'apathie précédemment décrite. L'auteur rappelle en outre que quatre cas de mutisme akinétique ont été rapportés dans les tumeurs cérébrales profondes.

SAINTON et PERON (214) ont rapporté un cas analogue en décrivant le facies étonné, les yeux largement ouverts, l'indifférence absolue chez leur malade, qui restait longtemps sans bouger ni parler, mais était parfois capable d'humour sur lui-même.

Le mutisme akinétique pourrait être décrit avec les troubles confusionnels et démentiels. Cependant, il a paru intéressant de le rapprocher de l'apathie en raison de l'existence de formes de transition entre ces deux états.

A l'opposé se situent la manie et les états hypomaniaques : J. DELAY (70) cite les observations de tumeurs du troisième ventricule et de l'hypophyse envahissant l'hypothalamus accompagnées d'états maniaques typiques : COX, DOTT, ALPERS (13), GUTTMANN et HERMANN (119), SCHILDER et WEISSMANN (219) en sont les auteurs; de nouvelles observations ont été publiées depuis : RIMBAUD et SERRE (206, cas N° 1), GUND (120), ORIHNER (192, cas N° 7), WAGNER (263, deux cas).

Mais ces cas, pour indiscutables qu'ils soient, ne sont pas très nombreux, comme le font remarquer LHERMITTE, de AJURIAGUERRA et HECAEN (155); en outre, il s'agit souvent d'aspects atypiques, comme le soulignent BONHOEFFER (cité par ces auteurs), ALPERS, qui parle d'état pseudo-maniaque, RIMBAUD et SERRE, dont le malade était plutôt hypomaniaque.

Pour HECAEN et de AJURIAGUERRA, les états d'excitation rencontrés dans les tumeurs diencéphaliques sont le plus souvent atypiques. Pour d'autres, l'allure maniaque de

certain tableau est plutôt en rapport avec l'euphorie. Si la rareté des manies vraies au cours des tumeurs de l'hypothalamus ne leur donne pas une grande valeur dans la pratique clinique, leur existence a un grand intérêt théorique, confirmé par les nombreuses observations d'accès de manie survenus pendant la manipulation opératoire ou dans les suites de l'intervention pour tumeur de cette région. (J. DELAY, 70)

Ainsi, le trouble de l'humeur le plus souvent manifeste dans les tumeurs de la région hypothalamique est l'apathie avec indifférence et parfois euphorie et inconscience de l'état morbide. Il importe de souligner sa parenté avec trois syndrômes :

1° - le "psychosyndrôme endocrine" : il semble bien s'agir du même tableau clinique; c'est ce que soulignent M. BLEULER et ses collaborateurs. Il est intéressant de rappeler à ce propos que ce même syndrome peut exister dans des lésions non tumorales.

2° - le syndrome psychique des médicaments neuroleptiques : décrit par DELAY et DENIKER (75) en 1952 à propos du 4560 RP, qui comporte l'indifférence, la neutralité émotionnelle, l'apathie, le ralentissement psychomoteur : les auteurs faisaient remarquer que cet état était proche de celui observé dans certaines tumeurs du 3ème ventricule.

3° - le syndrome "frontal", où il existe une diminution importante de toutes les activités : c'est un trouble de l'incitation à l'action avec manque d'initiative; il y a une sorte de perte de l'intérêt y compris pour l'entourage. Sur ce fond d'aboulie et d'indifférence surviennent généralement par bouffées une exaltation du tonus affectif avec euphorie, insouciance du présent, de l'avenir et des manifestations de l'état morbide (de AJURIAGUERRA et HECAEN). Cette parenté avec le syndrome frontal se retrouve également dans deux faits : l'existence possible du mutisme akinétique dans les tumeurs frontales, et les troubles mnésiques à type d'amnésie de fixation.

Rappelons à ce propos que plusieurs auteurs attribuent à la compression des lobes frontaux l'origine des troubles psychiques dans les tumeurs hypothalamo-hypophysaires. Cette interprétation n'est pas acceptable pour tous les cas puisque les mêmes troubles existent en cas de lésions très limitées de l'hypothalamus.

L'hypothèse inverse pourrait être soutenue : en sa faveur, on pourrait retenir le fait que les tumeurs frontales, souvent muettes sur le plan neurologique, ont un volume important; les thromboses unilatérales de la cérébrale antérieure, entraînant surtout des lésions corticales ne s'accompagnent pas de troubles psychiques; lorsque la tumeur frontale s'accompagne de signes extra-pyramidaux, ce qui est loin d'être exceptionnel, on n'hésite pas à invoquer le développement postérieur de la tumeur.

Cependant, il n'existe aucune preuve de l'origine hypothalamique des troubles psychique des tumeurs frontales. Ce syndrome n'est peut-être pas spécifique; on a d'ailleurs rencontré dans quelques cas de tumeurs occipitales le syndrome amnésie de fixation, apathie, akinésie.

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS

Nous avons pu examiner un certain nombre de malades atteints de syndrome hypophysaire, le plus souvent avec tumeur vérifiée par l'intervention neuro-chirurgicale (1).

L'examen psychiatrique est généralement normal ou voisin de la normale : il n'y a pas eu, chez aucun d'eux, de trouble psychiatrique majeur. On a relevé souvent des tendances dépressives, de l'anxiété, de l'irritabilité.

Dans ces conditions, il a été parfois difficile d'apprécier les modifications psychologiques et de tracer la limite du normal. C'est pourquoi, dans la mesure du possible, la méthode des tests a été utilisée pour sensibiliser l'examen et le rendre plus objectif.

Deux malades ont refusé tout examen psychologique; trois ont dû être éliminés en raison de leur origine ethnique l'étalonnage du MMPI n'étant pas valable pour eux et l'interprétation du test de RORSCHACH soulevant aussi des difficultés.

(1) - Ces malades ont été examinés dans les Services de Monsieur le Professeur de GENNES et de MM. les Docteurs GUIOT, MAZARS et TALLAIRACH : nous les prions de bien vouloir accepter tous nos remerciements.

C'est un total de 23 malades qui a finalement été retenu; nous donnons pour chacun d'eux les résultats complets au MMPI des échelles de validité et des échelles cliniques exprimées en notes T (étalonnage du test sur la population française), lorsque le test a été subi. Nous donnons également les principaux résultats au test de RORSCHACH.

— O B S E R V A T I O N N° 1 —

P ... Eliane, 32 ans, mariée, 3 enfants

Adénome hypophysaire, acromégalie débutante.

Aucun trouble psychique important. Apparition d'un certain état d'anxiété après le premier accouchement. Episode dépressif bref il y a un an après l'annonce du diagnostic d'acromégalie.

MMPI : 7 : 53; L : 57; F : 36; K : 60;

Hs : 52; D : 59; Hy : 49; Pd : 48; Mf : 43;

Pa : 50; Pt : 47; Sc : 40; Ma : 32; Si : 50.

RORSCHACH : R = 18

G = 10, D = 15, Dd = 2, Dbl = 1.

F + $\bar{y}_c$ = 89, TRI = 2/7

A $\bar{y}_c$ = 40

Ban = 3

— O B S E R V A T I O N N° 2 —

B ... Hugues, 36 ans, comptable, marié, 1 enfant

Récidive d'acromégalie opérée; diabète et polyurie.

Petits épisodes d'énurésie vers 14 et 30 ans. Léger état dépressif à la reprise des céphalées. Transformation du caractère 2 à 3 ans après le début des troubles dysmorphiques; cet ancien parachutiste éthylique se fait désintoxiquer et devient, selon son expression, "plus lucide, plus raisonnable"; les difficultés avec les supérieurs disparaissent.

MMPI : 7 : 63; L : 47; F : 52; K : 36;

Hs : 68; D : 73; Hy : 73; Pd : 37; Mf : 46;

Pa : 50; Pt : 55; Sc : 37; Ma : 47; Si : 61.

RORSCHACH : R = 36

G = 3, D = 23, Dd = 8, Dbl = 1, Do = 1

F + % = 80, TRI = 1/1

A % = 36, Ban = 4.

— O B S E R V A T I O N N° 3 —

O ... Denise, 32 ans, mariée, 1 enfant

Acromégalie datant cliniquement de 6 ans, déjà radiothérapie, agrandissement de la selle turcique malgré le traitement.

Dépression prolongée, il y a douze ans, sans idées de suicide. Caractère hystérique.

MMPI : ? : 63, L : 57, F : 62, K : 47,

Hs : 67, D : 79, Hy : 75, Pd : 68, Mf : 26

Pa : 72, Pt : 79, Sc : 82, Ma : 64, Si : 63.

RORSCHACH : R = 20

G = 5, D = 13, Dd = 2

F + % = 85, TRI = 0/2

A % = 65, Ban = 5

— O B S E R V A T I O N N° 4 —

F ... Robert, 42 ans, mécanicien, marié

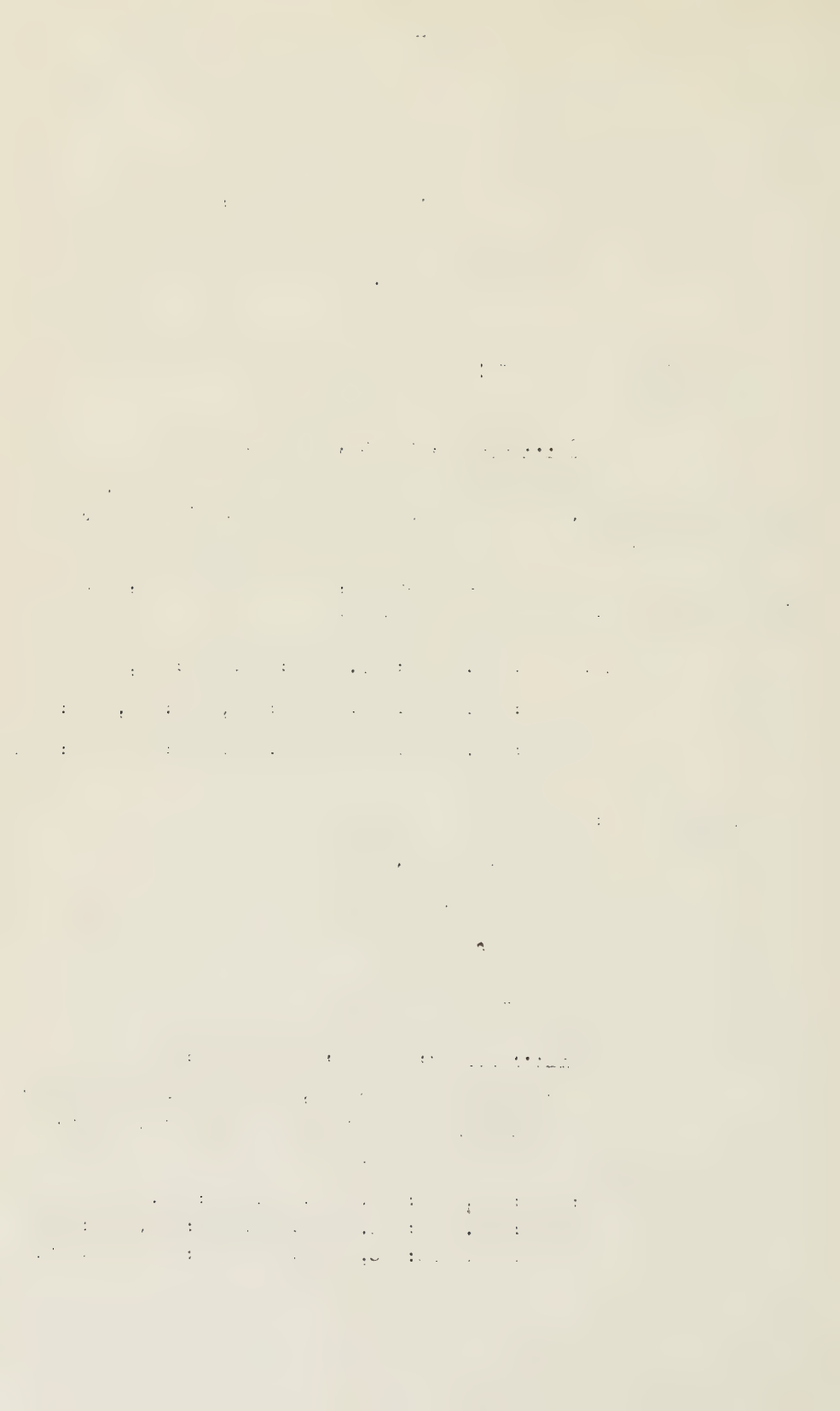
Acromégalie historique, avec tumeur hypophysaire

Aucun signe psychiatrique particulier. Indifférent à ses troubles morphologiques.

MMPI : ? : 45, L : 66, F : 44, K : 48,

Hs : 59, D : 72, Hy : 57, Pd : 42, Mf : 52,

Pa : 56, Pt : 48, Sc : 42, Ma : 54, Si : 57.



— O B S E R V A T I O N N° 5 —

B ... Denise, 32 ans, secrétaire, célibataire.

Tumeur de l'hypophyse avec acromégalie débutante - aménorrhée.

Examen psychiatrique normal, à l'exception d'une certaine lassitude.

MMPI : ? : 55, L : 52, F : 48, K : 39

Hs : 76, D : 76, Hy : 64, Pd : 42, Mf : 47,

Pa : 45, Pt : 58, Sc : 53, Ma : 44, Si : 63

— O B S E R V A T I O N N° 6 —

B ... Noémi, 58 ans, mariée, 1 enfant

Syndrôme de Cushing avec grosse tumeur hypophysaire

Hyperémotivité considérable, en particulier devant les médecins, à l'égard desquels elle a une attitude très infantile. Anxiété manifeste depuis quelques années.

MMPI : ? : 64, L : 56, F : 56, K : 52,

Hs : 66, D : 65, Hy : 60, Pd : 52, Mf : 45

Pa : 69, Pt : 62, Sc : 56, Ma : 37, Si : 54

RORSCHACH : R = 10 (Refus de la planche IV)

G = 5, D = 5

F + % = 100, TRI = 3/0

A % = 60, Ban = 4

— O B S E R V A T I O N N° 7 —

D ... Jeanne, 48 ans, célibataire

Enorme crâniopharyngiome avec troubles oculaires importants et signes de panhypopituitarisme, diabète insipide.

Dépression avec idées de suicide; hypersomnie - crises pendant lesquelles elle perd la notion du temps; diminution de la mémoire; l'orientation est bonne. Personnalité fruste. A toujours été apathique : "Moi, il ne me fallait pas beaucoup de vie, c'est la tranquillité qu'il me fallait".

Tests non passés en raison des troubles visuels

— O B S E R V A T I O N N° 8 —

B ... Jules, 49 ans, représentant en bonnetterie
A le diplôme d'Université de Doctorat en Médecine (Roumain émigré)

Quelques signes d'hypopituitarisme, selle turcique douteuse, exophtalmie - hémianopsie bitemporale débutante; à l'encéphalographie gazeuse : impression d'une néoformation sous-ventriculaire antérieure.

Deux épisodes confusionnels paroxystiques récents avec amnésie complète - hyperémotivité ancienne actuellement aggravée, avec crises de larmes faciles; dépression en partie réactionnelle à la maladie - timidité considérable - pas d'irritabilité, mais devient insociable.

MMPI : ? : 45, L : 56, F : 49, K : 48
Hs : 63, D : 70, Hy : 66, Pd : 51, Mf : 52,
Pa : 56, Pt : 58, Sc : 47, Ma : 47, Si : 65

RORSCHACH : R = 14 (refus de la planche X)

G = 5, D = 9,

F + % = 80, TRI : 0/1

A % = 64, Ban : 6

— O B S E R V A T I O N N° 9 —

V ... Nonce, 30 ans, sans profession depuis 10 ans,
Célibataire.

Petite tumeur de l'hypophyse, épaissement des
extrémités.

Asthénie, apathie.

MMPI : ? : 53, L : 56, F : 39, K : 72,

Hs : 57, D : 46, Hy : 59, Pd : 54, Mf : 43

Pa : 43, Pt : 45, Sc : 46, Ma : 44, Si : 28.

— O B S E R V A T I O N N° 10 —

L ... Jeanne, 57 ans, cultivatrice, mariée, 1 enfant

Acromégalie évolutive malgré une radiothérapie
antérieure.

Niveau mental très bas. Pas de signe anormal sur
le plan psychiatrique.

Tests non subis en raison de la cécité presque
complète.

— O B S E R V A T I O N N° 11 —

A ... Christiane, 34 ans, célibataire, 1 enfant

Ancien Basedow traité par iode radio-actif puis par
section de la tige pituitaire avec interposition de pâte plas-
tique. Depuis, diabète insipide. Examinée sous 2 comprimés
d'Imipramine et 150mg. de chlorpromazine.

Etat dépressif intense avec asthénie, aboulie
et anxiété. Grosses difficultés d'adaptation sociale sur tous
les plans. Contact difficile. N'envisage pas l'avenir. Insomnie,
anorexie.

MMPI : non valide

RORSCHACH : R = 8 (refus des planches VI et IX)

G = 3 (dont 2 DG), D = 5

F + % = 62,5 TRI = 0/0,

A % = 87,5 Ban = 3



— O B S E R V A T I O N N° 12 —

R ... Micheline, 36 ans, Chirurgien-Dentiste, mariée, 2 enfants.

Adénome chromophile avec insuffisance hypophysaire.

Caractère obsessionnel, plus manifeste depuis une dizaine d'années. Rares phases dépressives semblant réactionnelles.

MMPI : T : 39, L : 52, F : 50, K : 60,
Hs : 62, D : 66, Hy : 72, Pd : 57, Mf : 52
Pa : 57, Pt : 77, Sc : 63, Ma : 58, Si : 49

RORSCHACH : R = 19

G = 9, D = 9, Dd = 1

F + % = 50 TRI = 0/2

A % = 53 Ban = 3

(malade pressée d'en finir)

— O B S E R V A T I O N N° 13 —

L ... Jean, 29 ans, tourneur, marié, 2 enfants.

Récidive d'adénome chromophile avec importants troubles visuels.

Enurésie jusqu'à 14 ans. Renfermé, coléreux.

MMPI : non passé en raison des troubles visuels.

RORSCHACH : non valide pour les mêmes raisons.

— O B S E R V A T I O N N° 14 —

D ... Antoinette, 72 ans, retraitée,
veuve, 2 enfants.

Tumeur hypophysaire avec signes oculaires.

Insomnie. Tristesse, vit à peu près recluse, pessimisme sur l'avenir. Méfiance à l'égard des médecins, opposante, parfois agressive. Adopte souvent une attitude de passivité, usage de la force d'inertie. Refusera l'intervention.

MMPI : non valide : 144 réponses "Je ne sais pas".

RORSCHACH : R = 11

G = 4, D = 6, Dd = 1

F + % = 75, TRI = 0/1

A % = 64, Ban : 3.

— O B S E R V A T I O N N° 15 —

F ... Maximilien, 59 ans, ajusteur, marié,
sans enfant.

Récidive d'adénome chromophile avec troubles oculaires et comitialité récente.

Sujet normal, ayant quelques traits obsessionnels.

MMPI : ? : 45, L : 56, P : 56, K : 64

Hs : 74, D : 68, Hy : 78, Pd : 58, Mf : 60,

Pa : 43, Pt : 56, Sc : 61, Ma : 52, Si : 46.

RORSCHACH : R = 19

G = 13, D = 6

F + % = 75, TRI = 4/1

A % = 53 BAN = 7

• •

— O B S E R V A T I O N N° 16 —

P ... Pierre, 70 ans, retraité, marié

Adénome hypophysaire avec hypopituitarisme

Sujet normal.

MMPI : ? : 38, L : 80, F : 47, K : 46,

Hs : 48, D : 44, Hy : 40, Pd : 48, Mf : 49,

Pa : 48, Pt : 41, Sc : 48, Ma : 59, Si : 48

— O B S E R V A T I O N N° 17 —

P ... Charlotte, 55 ans, mariée, 2 enfants

Adénome chromophile avec hémianopsie bitemporale et épisodes de diplopie. Irritabilité, puis anxiété, dépression.

MMPI : ? : 39, L : 53, F : 26, K : 55,

Hs : 56, D : 72, Hy : 54, Pd : 45, Mf : 36,

Pa : 47, Pt : 58, Sc : 47, Ma : 42, Si : 64,

RORSCHACH : R = 21,

G = 4, D = 13, Dd = 3, Dbl = 1,

F + % = 90, TRI = 2/3,

A % = 24, Ban = 3.

— O B S E R V A T I O N N° 18 —

H ... Berthe, 49 ans, célibataire

Gros crâniopharyngiome avec panhypopituitarisme

Tendances dépressives nettes, anxiété.

MMPI : ? : 55, L : 48, F : 61, K : 55,

Hs : 68, D : 79, Hy : 60, Pd : 65, Mf : 71

Pa : 70, Pt : 68, Sc : 83, Ma : 53, Si : 64

— O B S E R V A T I O N N° 19 —

L ... Serge, instituteur, 29 ans, marié,
2 enfants

Adénome chromophile

MMPI : ? : 52, L : 56, F : 39, K : 55,
 Hs : 75, D : 75, Hy : 72, Pd : 53, Mf : 48,
 Pa : 42, Pt : 60, Sc : 50, Ma : 49, Si : 61

O B S E R V A T I O N N° 20

G ... Micheline, 39 ans, mariée

Tumeur de l'hypophyse avec acromégalie
débutante

MMPI : ? : 54, L : 40, F : 31, K : 46,
 Hs : 49, D : 59, Hy : 47, Pd : 44, Mf : 36
 Pa : 50, Pt : 56, Sc : 51, Ma : 38, Si : 60.

— O B S E R V A T I O N N° 21 —

L ... Marie-Claire, 19 ans, secrétaire,
célibataire,

Adénome chromophile avec aménorrhée et
paralysie oculaire.

Enurésie jusqu'à 10 ans. Examens psychiâ-
trique normal.

MMPI : ? : 57, L : 40, F : 48, K : 51,
 Hs : 46, D : 43, Hy : 55, Pd : 56, Mf : 47
 Pa : 58, Pt : 47, Sc : 53, Ma : 35, Si : 53.

RORSCHACH : R = 33

 G = 4, D = 17, Dd = 11, Db1 = 1,

 F + % = 83, TRI = 2/1,5

 A % = 45, Ban = 4.

— O B S E R V A T I O N N° 22 —

F ... Louis, 62 ans, retraité, marié, deux enfants.

Adénome chromophile, panhypopituitarisme.

Depuis des mois, asthénie, apathie, somnolence - irritabilité - repli sur soi-même, querelleur. Accepte très mal l'examen psychiatrique.

MMPI : ? : 58, L : 57, F : 43, K : 55,

Ha : 42, D : 44, Hy : 40, Pd : 39, Mf : 46,

Pa : 50, Pt : 40, Sc : 47, Ma : 42, Si : 54.

— O B S E R V A T I O N N° 23 —

D ... Ginette, 25 ans, fille de salle à l'hôpital, célibataire, 1 enfant

Adénome chromophile opéré, persistance de signes hypophysaires, d'obésité et de polyphagie.

Lenteur, méticulosité, insomnie, polyphagie considérable.

MMPI : ? : 62, L : 48, F : 63, K : 44,

Ha : 69, D : 69, Hy : 62, Pd : 62, Mf : 47,

Pa : 64, Pt : 75, Sc : 81, Ma : 55, Si : 60.

RORSCHACH : R = 18

G = 10, D = 8

F + % = 79, TRI = 1/2,5

A % = 50 Ban = 7

LE TEST DE RORSCHACH

GEIST et CRAWSHAW (107) rapportent les résultats d'un test de RORSCHACH chez un acromégale avec tumeur hypophysaire : ils trouvent un nombre plutôt élevé, dans les déterminants, de petites kinesthésies et du noir pris comme couleur; en outre, le pourcentage de réponses animales est élevé, ainsi que les réponses banales; il y a des réponses "sang".

BERGOUIGNAN et GUERIN (27) ont trouvé chez une de leurs malades atteinte de syndrome de CUSHING, un type d'appréhension caractérisé par un grand nombre de D et Dd, un type de résonance intime coarté, un pourcentage de bonnes formes et de réponses animales très élevé : respectivement 95 % et 87 %; le nombre de banalités est également grand.

BLICKENSTÄRFER (39) a relevé 13 protocoles de test de RORSCHACH chez des acromégales. Le temps de réaction est lent; il n'y a pas de signe de détérioration intellectuelle, le pourcentage de bonnes formes est plutôt bas; il y a relativement beaucoup de réponses Dd; il y a prédominance des réponses couleur sur les kinesthésies et les interprétations clair-obscur sont fréquentes. Il ressort surtout le ralentissement, la méticulosité avec pédanterie, l'impulsivité et la rareté des signes névrotiques.

Douze de nos malades ont subi le test, ce qui représente un matériel insuffisant pour tirer des conclusions valables; nous indiquerons seulement les tendances qui semblent se dégager de ces observations :

Le nombre des réponses varie entre 8 et 36. Le temps de réaction est généralement élevé : dans les trois quart des cas, il est égal ou supérieur à une minute.

Le type d'appréhension est caractérisé par la tendance à l'augmentation des réponses globales : elles sont 8 fois supérieures à 35 % des réponses et seulement 2 fois inférieure à la normale; mais, à l'exception d'un seul cas, cette augmentation des réponses G se fait par des réponses de mauvaise qualité. Les réponses Dd sont augmentées dans les deux cas où les réponses G sont diminuées, dans la moitié des cas restants, elles sont diminuées. Enfin les réponses Dbl sont diminuées : 1 seule réponse chez 4 malades, aucune chez tous les autres.

Le type de résonance intime est trois fois introversif, deux fois coarcté ou coartatif et 7 fois extra-tensif. Il y a une nette prédominance des réponses CF sur les réponses FC. Les réponses estompée sont fréquentes, il y a à peu près autant de réponses FE que de réponses EF. Le type de résonance intime secondaire est souvent différent du type primaire.

Il y a une tendance à l'augmentation des réponses animales : les 2/3 des protocoles ont un A % supérieur à 50. Les réponses H sont plutôt basses et souvent déformées (guignols, clowns, ogre, etc ...). Cinq de nos malades ont une ou deux réponses alimentaires.

Le nombre des originalités est faible; celui des banalités est diminué dans les 3/4 des cas.

The first part of the report is devoted to a description of the general situation of the country. It is found that the country is a large one, and that the population is very numerous. The climate is very hot, and the soil is very fertile. The people are very industrious, and they are very fond of their country. They are very brave, and they are very loyal to their king. They are very kind, and they are very generous. They are very honest, and they are very truthful. They are very brave, and they are very loyal to their king. They are very kind, and they are very generous. They are very honest, and they are very truthful.

The second part of the report is devoted to a description of the general situation of the country. It is found that the country is a large one, and that the population is very numerous. The climate is very hot, and the soil is very fertile. The people are very industrious, and they are very fond of their country. They are very brave, and they are very loyal to their king. They are very kind, and they are very generous. They are very honest, and they are very truthful.

The third part of the report is devoted to a description of the general situation of the country. It is found that the country is a large one, and that the population is very numerous. The climate is very hot, and the soil is very fertile. The people are very industrious, and they are very fond of their country. They are very brave, and they are very loyal to their king. They are very kind, and they are very generous. They are very honest, and they are very truthful.

LE MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONNALITY INVENTORY (M.M.P.I.)

Dix-huit de nos malades ont un profil valide au MMPI. Les résultats détaillés exprimés en notes "T" ont été donnés pour chacun d'entre eux avec l'observation.

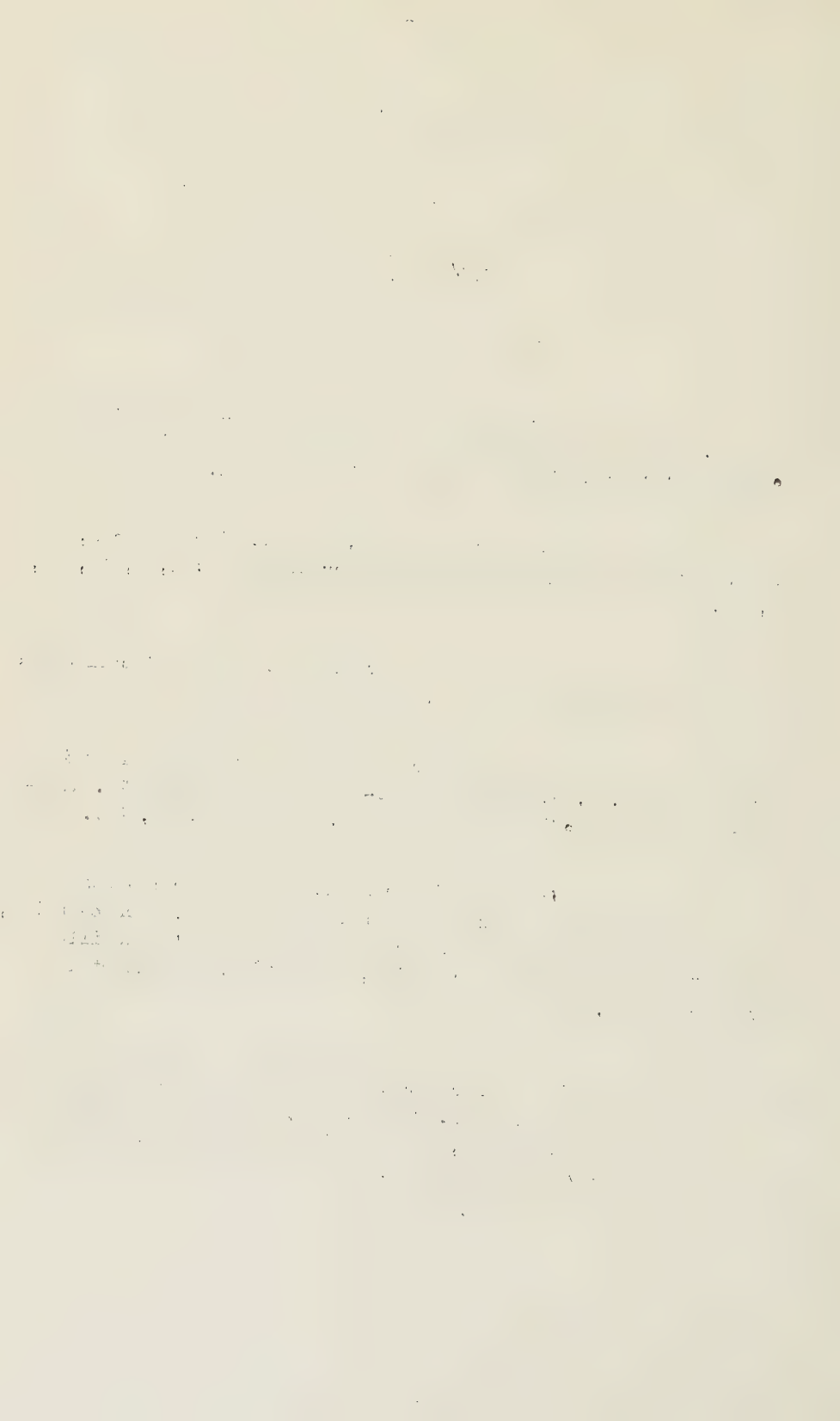
Six de ces malades, soit un tiers des cas, ont un profil normal, ce sont les observations N° : 1, 9, 16, 20, 21, 22.

Deux ont une élévation marquée de l'échelle D : ce sont les malades N° 4 et 17.

Tous les autres ont une élévation de la triade névrotique (Hs, D, Hy) autour ou au-dessus de la note T 70. Quelques-uns ont un profil globalement élevé (cas N° 3, 18, 23).

Il a paru intéressant de comparer les résultats de ces malades à ceux de la population normale. Pour ce faire, chacun des 18 malades a été apparié à 5 sujets de l'échantillon "normal" de la population française, pour l'âge, le sexe et le niveau culturel. (1)

(1) - Nous tenons ici à exprimer toute notre gratitude à Monsieur le Professeur Agrégé P. PICHOT, à M. RENNES et au CENTRE de PSYCHOLOGIE APPLIQUÉE, qui ont bien voulu se charger de tout ce travail statistique.



Nous donnons ici la liste des items où la réponse de nos malade a été significativement différente de celles de la population normale. Les items soulignés sont ceux pour lesquels la réponse a été significativement moins fréquente que dans la population normale; pour les autres, la réponse a été significativement plus fréquente.

χ^2 significatif à .01 (6.635)

	Item		
31,7	A.2	Je suis en aussi bonne santé que la plupart de mes amis	faux
18,5	A.4	Je n'engraisse ni ne maigris	faux
15,1	C.47	Ma vie sexuelle est satisfaisante	faux
12,9	A.1	Au cours de ces dernières années, ma santé a été généralement bonne.	faux
12,7	A.11	Souvent, toute ma tête semble me faire mal	vrai
12,-	H.43	Je ne me fais pas de souci au sujet des maladies que je pourrais attraper	faux
9,7	A.6	Je me fais rarement du souci au sujet de ma santé.	faux
7,7	A.10	J'ai très peu de maux de tête	faux
9	H.28	Je deviens anxieux et bouleversé lorsque je dois m'éloigner quelque temps de chez moi.	vrai
7,2	<u>E.2</u>	Certaines personnes me sont tellement antipathiques que j'éprouve un plaisir secret à les voir prises sur le fait.	<u>vrai</u>
7,-	<u>J.37</u>	J'aimais à jouer à sauto-mouton	<u>vrai</u>
6,9	A.14	Le haut de ma tête me paraît quelquefois très sensible	vrai

χ^2 significatif à . 02 (5.412)

6,5	B.18	Je suis très rarement constipé	faux
6,-	F.42	J'ai du mal à me mettre en train	vrai
5,8	B.23	Mes besoins d'uriner ne sont pas plus fréquents que ceux des autres gens.	faux
5,4	I.24	Il m'est arrivé plusieurs fois d'être le dernier à renoncer à une chose difficile à faire	faux
5,4	J.13	Je me sens souvent très fatigué	vrai

χ^2 significatif à .05 (3,841)

5,-	B.26	Il y a quelque chose qui ne va pas en ce qui concerne mes organes génitaux	vrai
4,9	C.17	Je suis aussi capable de travailler que par le passé	faux
4,9	<u>D.41</u>	J'ai des opinions politiques très arrêtées	<u>vrai</u>
4,6	<u>E.9</u>	Quand quelqu'un me fait du tort, j'ai le sentiment que je dois lui rendre la pareille, si je le peux, simplement par principe	<u>vrai</u>
4,6	n.33	Je n'ai jamais vu double	faux
4,5	H.39	Je n'ai pas peur des souris	faux
4,5	G.23	Par moments, je suis rempli d'énergie	faux
4,2	<u>A.3</u>	Je ne me suis jamais mieux porté que maintenant	<u>vrai</u>
4,2	J.28	J'aime énormément monter à cheval	faux
4,2	H.53	J'appréhende de me servir d'un couteau ou de tout autre objet très coupant et pointu	vrai

4,-	1,28	Si on m'en donnait l'occasion, je serais certainement un bon meneur de foule.	faux
3,9	.5	Je ne me fatigue pas vite	faux
3,9	D.4	Quand un homme est avec une femme, il pense généralement à des choses qui se rapportent au sexe de celle-ci	vrai
3,8	<u>C.34</u>	Quand je me sens très heureux et actif, quelqu'un qui est démoralisé ou triste gâchera tout.	<u>vrai</u>

χ^2 significatif à .10 (2,706)

3,6	A.12	Souvent, il me semble que ma tête est prise dans un étau	vrai
3,5	J.33	J'aime les réunions et la société	faux
3,5	B.21	Je n'ai jamais eu de selles noires ou goudronneuses	faux
3,5	H.23	Je n'ai jamais eu de vision	faux
3,4	<u>F.17</u>	Il m'est impossible de parler à qui que ce soit de moi-même.	<u>vrai</u>
3,4	F.23	Il est rare que j'exprime fortement mon approbation ou mon désaveu des actions des autres.	vrai
3,3	<u>G.37</u>	J'insiste tellement parfois sur une chose que les autres perdent patience	<u>vrai</u>
3,2	B.3	Je transpire très facilement, même quand il fait frais	vrai
3,2	<u>F.14</u>	Il ne m'est pas difficile de demander un service à des amis même si je ne peux pas le leur rendre.	<u>vrai</u>
3,2	<u>I.51</u>	J'aime beaucoup la chasse	<u>vrai</u>
3,1	D.42	Je crois à l'efficacité de la loi	faux
3,1	<u>I.4</u>	Je taquine parfois les animaux	<u>vrai</u>

3,1	J.41	Il m'arrive parfois de penser à des choses trop laides pour pouvoir en parler	faux
3,1	<u>G.48</u>	Je suis parfois poussé à insulter quelqu'un ou moi-même	<u>vrai</u>
3,-	<u>C.6</u>	Il y a eu des moments où j'ai eu une très grande envie de quitter ma maison	<u>vrai</u>
3,-	<u>C.31</u>	Il m'est arrivé de contrecarrer des gens qui essayaient de faire quelque chose, non pas parce que cela importait beaucoup, mais pour le principe.	<u>vrai</u>
3,-	<u>I.49</u>	Je crois que j'aimerais bien le genre de travail du garde-forestier	<u>vrai</u>
2,9	A.26	Je ne peux pas fixer mon attention	vrai
2,8	A.34	Je n'ai jamais eu de paralysie faciale	faux
2,8	A.46	Je ressens peu ou pas de douleurs	faux
2,8	B.30	Le plus souvent, je m'endors sans être troublé par des pensées ou des idées	faux
2,8	J.47	Je n'aime pas tous ceux que je connais	faux
2,7	F.24	Je suis parfois tellement furieux de voir quelqu'un passer devant moi dans une queue que je lui en fais la remarque.	<u>vrai</u>

Il est possible, à partir de ces données, de construire une échelle clinique (1) : le point de coupure a été choisi aux items significatifs à .05. L'échelle comprend 31 items.

(1) - On compte un point chaque fois qu'il y a une croix devant un item significativement plus fréquent, et chaque fois qu'il n'y a rien devant un item significativement moins fréquent.

Elle a été étalonnée sur la population normale française, comprenant 314 sujets. Dans cette population, la moyenne des notes obtenues dans cette échelle est de 10,34, et l'écart-type de 3,93.

L'étalonnage donne les résultats suivants :

<u>Fréquences normaux</u>	<u>Note</u>	<u>T</u>
-	31	103
-	30	100
-	29	97
-	28	95
-	27	92
-	26	90
-	25	87
-	24	85
-	23	82
1	22	80
5	21	77
3	20	75
3	19	72
3	18	69
7	17	67
13	16	64
6	15	62
16	14	59
31	13	57
26	12	54
28	11	52
37	10	49
22	9	47
24	8	44
40	7	42
22	6	39
12	5	36
10	4	34
4	3	31
-	2	29
1	1	26
-	0	23

La répartition des malades dans cette échelle se fait ainsi :

<u>Fréquences-malades</u>	<u>Note</u>	<u>T</u>
1	26	90
2	25	87
4	24	85
2	23	82
2	22	80
1	21	77
-	-	-
1	18	69
2	14	59
1	13	57
1	12	54
-	-	-
1	9	47
18.		

- Remarques -

1° - Certains items peuvent paraître n'avoir aucune relation avec des troubles mentaux. D'autres semblent très peu spécifiques. En réalité, le MMPI est un test à validation empirique et ce n'est pas tant le contenu des réponses qui a de l'importance que l'attitude des malades à l'égard des questions, dans la situation du test. DELAY, PICHOT et PERSE (78) donnent un excellent exemple de réponses de paranoïaques données dans le sens opposé au sens attendu a priori.

2° - Par sa construction même, cette échelle différencie massivement nos malades des sujets normaux; une contre-validation est nécessaire sur un autre groupe de malades atteints de syndrômes hypothalamo-hypophysaires. On ne peut la considérer actuellement que comme une échelle provisoire.

CONCLUSIONS

I.- Au cours des syndrômes endocrinien d'origine hypophysaire, les facultés intellectuelles sont habituellement conservées; les maladies mentales, en particulier les psychoses, bien que décrites dans plusieurs observations, ne sont pas plus fréquentes que dans la population générale. Toutefois, il existe, lors des poussées évolutives des panhypopituitarismes, des bouffées délirantes ou confusionnelles directement liées aux troubles métaboliques et particulièrement à l'hypoglycémie.

Certains troubles mentaux sont retrouvés avec une grande fréquence quel que soit le type de l'endocrinopathie, et peuvent être décrits en trois groupes : troubles de l'activité, de l'humeur, des instincts.

Les troubles de l'activité sont caractérisés essentiellement par l'apathie avec répugnance à l'activité physique, perte de l'initiative et lenteur; elle s'accompagne d'un désintérêt pour l'activité professionnelle chez l'homme, pour les travaux domestiques chez la femme, et d'une indifférence pour l'entourage; dans les cas les plus graves, le malade néglige même sa toilette et se confine au lit. C'est dans l'hypopituitarisme que les troubles peuvent être les plus accentués.

Cette apathie fondamentale est parfois interrompue par des conduites impulsives de courte durée.

L'humeur est le plus souvent dépressive; parfois la dépression est si importante qu'elle conduit au suicide; ceci est plus à craindre dans le syndrome de CUSHING.

Parfois l'humeur est euphorique, faisant contraste avec l'inactivité du malade.



Dépression et euphorie peuvent alterner chez le même malade, réalisant des balancements de l'humeur.

L'instinct sexuel est régulièrement diminué; la faim et la soif sont souvent exagérées, mais peuvent varier brusquement.

Ces troubles ne sont pas spécifiques et se rencontrent dans la plupart des maladies endocrines; M. BLEULER leur attribue la dénomination de "psychosyndrôme endocrine". Ils sont plus ou moins importants selon les cas et peuvent manquer. Il est possible qu'ils soient en partie réactionnels à la défiguration entraînée par la maladie. Leur existence n'est pas liée à la présence ou à l'absence de tumeur hypophysaire.

II.- Dans les tumeurs de l'hypophyse et de l'hypothalamus : les états confuso-déméntiels sont fréquemment observés; selon la prédominance de certains symptômes, on peut décrire des formes confusionnelles, des formes démentielles et des formes avec troubles de la mémoire. Ces derniers sont d'un intérêt tout particulier : ils revêtent souvent l'aspect du syndrome de KORSAKOFF, qui est observé électivement dans les tumeurs de cette région, tumeurs de l'hypothalamus et volumineuses tumeurs de l'hypophyse à extension supra-sellaire; il semble lié à l'atteinte des corps mamillaires, comme l'a montré encore récemment notre Maître J. DELAY. Le rôle de l'hypertension intracrânienne dans la genèse des troubles de la mémoire peut être rejeté.

Il existe des cas rares, mais indiscutables, où les tumeurs intéressent l'hypothalamus se sont compliquées d'états maniaques ou hypo-maniaques, souvent atypiques.

Plus fréquemment, l'état mental de ces malades est caractérisé par de l'apathie avec perte de l'initiative, indifférence et parfois euphorie. Cet état d'apathie peut évoluer dans certains cas jusqu'à prendre un aspect catatonique ou à réaliser le tableau du mutisme akinétique.

Ce syndrome ne paraît pas différent du psychosyndrome endocrine, ce qui suggère leur origine hypothalamique commune. Il est également comparable au syndrome psychique des médicaments neuroleptiques et au syndrome psychique frontal.

III.- Ces troubles de l'activité et de l'humeur, qui paraissent assez caractéristiques des syndromes hypothalamo-hypophysaires, sont souvent discrets ou absents; c'est pourquoi il a paru intéressant de sensibiliser l'examen psychique par l'emploi d'un test objectif de personnalité, le Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I.).

Vingt-trois malades pour la plupart porteurs de tumeurs de l'hypophyse vérifiées, avec ou sans syndrome endocrine, ont été observés; dix-huit d'entre eux ont des résultats valides au MMPI. Leurs scores ont été comparés pour chacun d'eux à ceux de cinq sujets de la population française normale, appariés pour le sexe, l'âge et le niveau culturel.

Certaines réponses des malades sont nettement différentes des réponses des sujets normaux : ainsi 31 item ont été retenus, significatifs au moins à .05, et ont servi à la construction d'une échelle dont l'étalonnage a été fait sur les 314 sujets de la population française normale; cependant cette échelle ne peut être actuellement considérée que comme provisoire et nécessitera une contre-validation.

VU et PERMIS d'IMPRIMER :

Le RECTEUR

de l'ACADEMIE de PARIS,

J. R O C H E

Le DOYEN de la FACULTE
de MEDECINE de PARIS :

L. B I N E T

Le PRESIDENT de la THESE :

J. D E L A Y

BIBLIOGRAPHIE

1.- ABE K.

Mental symptoms and diabetes insipidus in a case
of intrasellar aneurysm
Folia Psychia Neurol. Jap. 15 72-76 (1961).

2.- ABELY P., PASSEK V. & ROGER J.

Recherches sur le fonctionnement de l'hypophyse
au cours de la psychose maniaco-dépressive
(extension de la réaction de Zondek).
Ann. Medico-psychol. 89-2, 163-167 (1931).

3.- ABELY P., PASSEK V. & COULEON

Nouvelles recherches sur le fonctionnement de
l'hypophyse au cours de la psychose maniaco-
dépressive. Extension de la réaction de Zondek.
Ann. Medicopsychol. 90-1, 165-169 (1932).

4.- ABELY X & COULEON

Tumeur de la région hypophysaire à symptomatologie
complexe.
Ann. Medicopsychol. 93-1, 279-284 (1935).

5.- ABELY X & P., ANGLADE R. & RONDEPIERRE J.

Psychose maniaque-dépressive et hyperplasie hypo-
physaire.
Ann. Medicopsychol. 94-2, 255-257 (1936).

6.- ABELY X. & P., & COULEON

Psychose maniaque-dépressive et hyperplasie hypo-
physaire.
Ann. Medicopsychol. 92-2, 293-294 (1934).

7.- ABELY X. & P. & NODET

Excitation psychique et hyperhypophysie
Ann. Medicopsychol. 92-2, 291-293 (1934).

- 8.- ABELY X. & P. & Mme SAUGUET
Myxoedème et acromégalie
Ann. Medicopsychol. 105-2, 152-154 (1947).
- 9.- ABELY X., MENDEL & PERIER
Myxoedème hypophysaire avec excitation psychique
Ann. Medicopsychol. 118-2, 288-291 (1960).
- 10.- ADLER
Some remarks on acromogalia
Cité par de SOUZA-LEITE.
- 11.- de AJURIAGUERRA J.
Aspects des troubles mentaux au cours des tumeurs
mésodiencéphaliques
Thèse Médecine, Paris, dactylog. n° 551 (1954).
- 12.- ALBEAUX-FERNET M., CHABOT J., DESHAYES P., GELINET M.
& ROMANI J.D.
Nanismes, infantilismes et retards pubertaires
d'origine neuro-hypophysaire.
Sem. Hop. Paris 32, 3667-3679 (1956).
- 13.- ALPERS B.J.
Relation of the Hypothalamus to disorders of
Personality
A.M.A. Arch. Neurol. 38, 291-303 (1937).
- 14.- ALPERS B.J.
Personality and emotional disorders associated
with hypothalamic lesions
The Association for Research in Nervous and Mental
Diseases : 20, 725-752 (1940).
- 14 bis + ALPERS B.J.
Personality and emotional disorders associated
with hypothalamic lesions
Psychosom Mod. 2, 286-303 (1940).
- 15.- ANDERSEN Ch.
Syndrome de Cushing, basophilie hypophysaire
Journal belge de neurologie et de psychiatrie
35, 148-151 (1935).

16.- ANDERSON. J.

A case of polyglandular syndrome with adrenal hyper-nephroma and adenoma of the Pituitary gland.
both of small size
Glasgow M.J. 83, 178-192 (1915).

17.- ANGELERGUES R.

Le syndrome mental de Korsakoff. Etude anatomo-clinique
Rapport au congrès de Psychiat. et de Neurol.
de langue franç. LVIème session Strasbourg
21-26 Juillet 1958; p. 83-175.

18.- ANGST J.

Die Psychiatrie des Diabetes insipidus
Arch. f Psychiat. 199, 663-707 (1959).

19.- AUSTREGELISO A., COSTA RODRIGUEZ J. & de MELLO A.R.

Adénome basophile de l'hypophyse (maladie de Cushing)
Rev. Neurol. (Par) 72, 1-14 (1939).

20.- BARROS R.

Des psychoses et des névroses au cours de l'acromé-
galie.
Thèse Médecine, Paris, n° 440 (1908).

21.- BARUK H.

Hypophyse, volonté et personnalité morale.
Presse Méd. 55, 497-498 (1947).

22.- BARUK H.

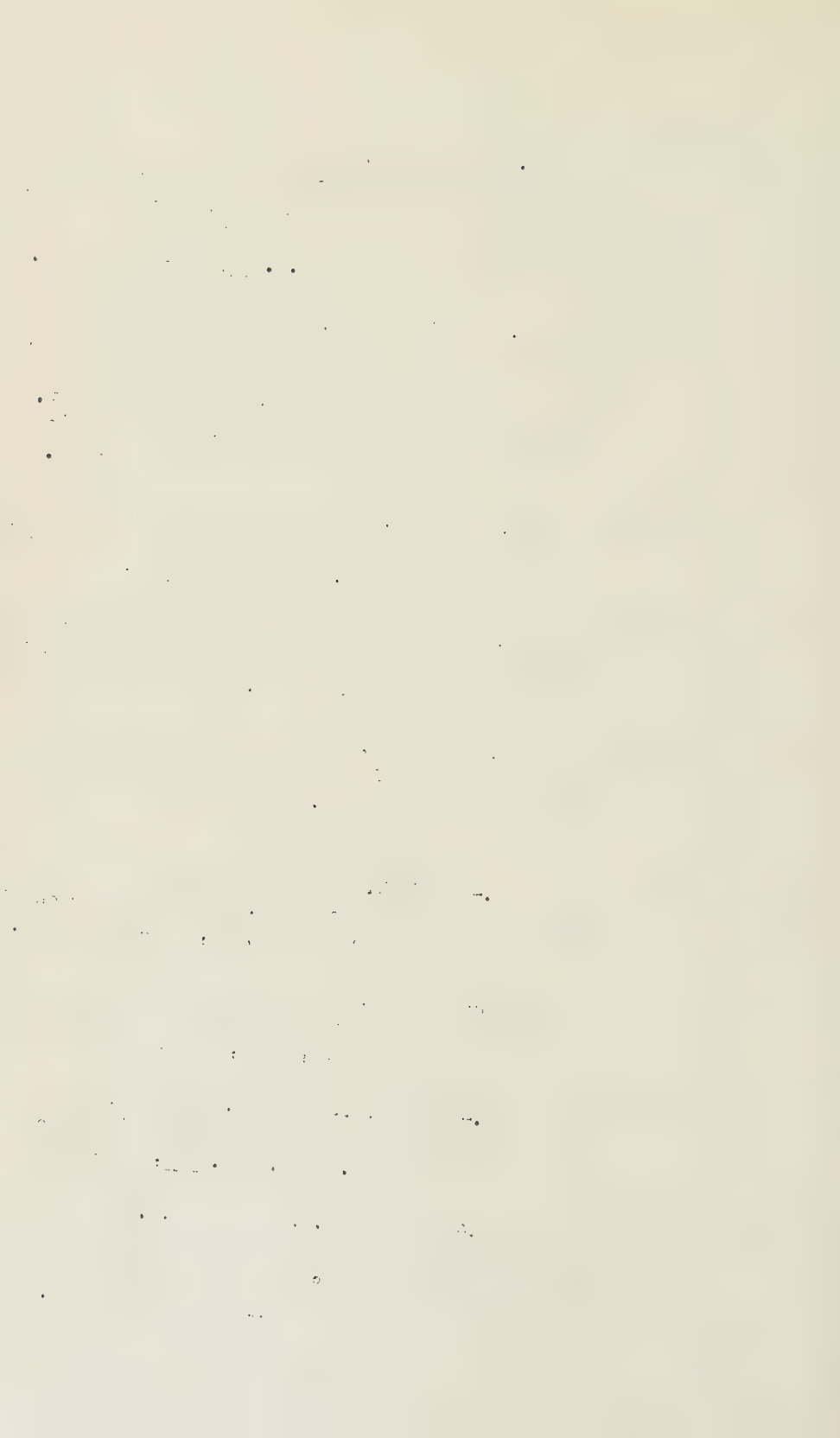
Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales
Paris, Doin, 1926.

23.- BATT J.C., KAY W.W., REISS M. & SANDS D.E.

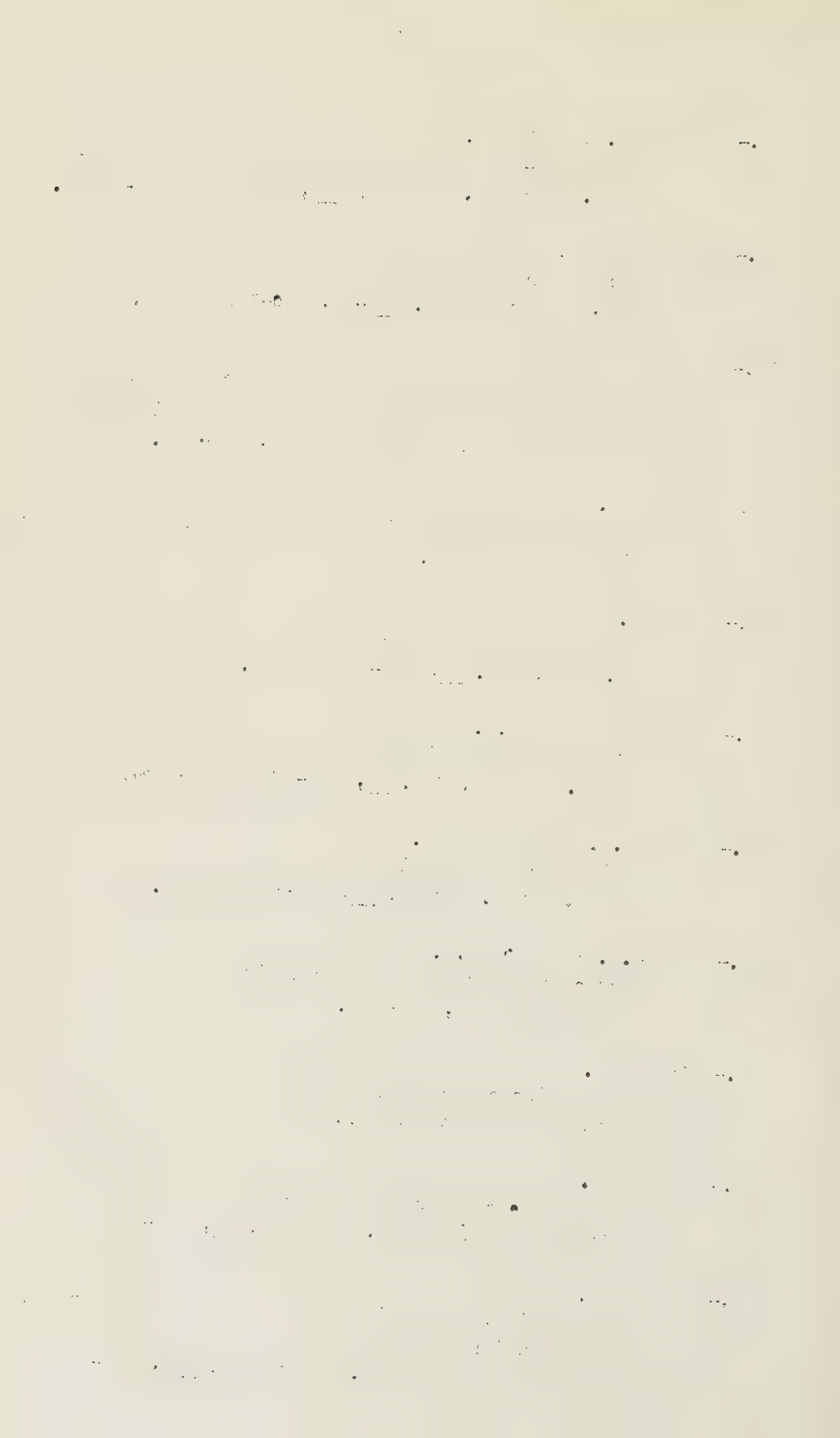
The endocrine concomitants of Schizophrenia
J. Ment. Sci. 103, 240-256 (1957).

24.- BECKMANN J.W. & KUBIE L.S.

A clinical study of 21 cases of tumour of the
Hypophyseal stalk
Brain : 52, 127-170 (1929).



- 25.- BENEDEK L. und JUBA A.
Korsakoff-Syndrom bei den Geschwulsten des Zwischenhirn
Arch. Psychiat.Nervenkr. 114, 366-376 (1941-1942).
- 26.- BERGOUIGNAN M.
Périodicité et hypophyse
Ann. Medicopsychol. 105-1 , 376-377 (1947).
- 27.- BERGOUIGNAN & GUERIN
Les troubles mentaux dans le syndrome de Cushing
Communication au Congrès des Médecins aliénistes et
Neurologistes , Marseille, 1948, 182-188.
- 28.- BEUTLER A.
Ueber Ependymocysten in dritten Ventrikel als Todssache
Cité par GROSSIORD.
- 29.- BLAIR D.
Acromégaly with Insanity
J. Ment. Sci. 45, 290-302 (1899).
- 30.- BLAKE PRITCHARD E.A.
Pituitary Basophilism
Proc. Roy Soc. Med. 27, 673-675 (1933-1934)
- 31.- BLAND P.B. & GOLDSTEIN L.
Pituitary Basophilism
Surg. Gynec. Obstet. 65, 644-656 (1937).
- 32.- BLAU J.N. & HINTON J.M.
Hypopituitary coma and Psychosis
Lancet 1960, 1, 408-409.
- 33.- BLEULER M.
Endokrinologische Psychiatrie
Stuttgart Thieme (1954).
- 34.- BLEULER M.
Endokrinologie und Psychiatrie
Schweiz Arch. Neurol. Psychiat. 71, 360-371 (1953)
- 35.- BLEULER M.
Kasuistik : ein Genialer mit akromegaloider Körper-
konstitution
Ztschr f d ges Neurol. u Psychiat. 180, 303-332 (1948)



- 36.- BLEULER M.
Psychiatry of cerebral Diseases
Brit. Med. J. 1951, 2, 1233-2238.
- 37.- BLEULER M.
The psychopathology of acromegaly
J. Norv. Ment. Dis. 113, 497-511 (1951).
- 38.- BLEULER M. & Coll.
Untersuchungen aus dem Grenzgebiet zwischen Psychopathologie und Endokrinologie
Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat. 180, 271-528 (1948).
- 39.- BLICKENSTORFER E.
Genealogie und Psychopathologie bei 51 Akromegalen
Acta Endocr. (Kbh) 13, 123-137 (1953)
- 40.- BLICKENSTORFER E.
Hormonale und Psychologische Befunde bei einer sterilen Akromegalen mit gesteigerten Geschlechtstrieb
Confin Neurol. 13 70-79 (1953).
- 41.- BLICKENSTORFER E.
Psychiatrie und Genealogie bei 51 Akromegalen
Schweiz Arch Neurol. u. Psychiat. 71, 371-374 (1953)
- 42.- BLICKENSTORFER E.
Psychiatrie und Genealogie der Akromegalie
Arch. f. Psychiat. 186 88-122 (1951).
- 43.- BOITTELLE G., FRUHLING L. & BOITTELLE-LENTULO
Syndrome de Cushing avec confuso-démence symptomatique d'un crâniopharyngiome
Ann. Medicopsychol. 110-1, 179-182 (1952)
- 44.- BOLLINGER O.
Ueber primäre Aktinomykose des Gehirn beim Menschen
Cité par GROSSIORD.
- 45.- BOULET P., MIROUZE J., PARHON P. & GRASSET D.
Coma initial, délire systématisé ultérieur au cours d'un panhypopituitarisme. Efficacité de la pneumothérapie cérébrale.
Montpellier Med. 52, 37 (1957).

46.- BOYCE R. & BEADLES C.F.

A further contribution to the study of the pathology of the Hypophysis cerebri.

J. Path. Bact. 1, 359-383 (1893)

47.- BRIAND M. & Mme IMENITOFF

Acromégalie. Hypertrophie thyroïdienne, imbécillité
Bull. Soc. Clin. de Med. Ment. 233-237 (1914).

48.- BRIGIDI

Studii anatomopatologica sopra un uomo divenuto
stranamente deforme per cronica infermita.
Cité par de SOUZA-LEITE.

49.- BRISSOT M. & FROIDEFOND M.

Un cas de syndrome de Simmonds (cachexie hypoph y-
saire)    évolution lente d'origine traumatique
(projectile situé dans la selle turcique).
Ann. Medicopsychol. 98-2, 214-221 (1940).

50.- BRUNET L.

Etat mental des acrom  galiques

Thèse, Médecine, Paris, n    600 (1899).

51.- BUECHLER P.

Psychische Störungen in Verlangen der Hypophyserkran-
kungen

Cité par GEIST & CRAWSHAW

52.- BUGE A.

L'hypothalamus et les syndromes endocriniens

Thèse, Médecine, Paris n   798 (1950).

53.- BUSCH E.

Psychical symptoms in Neurosurgical Diseases

Acta Psychiat. Scand. 15, 257-290 (1940).

54.- CAHANE M. & CAHANE T.

Considérations sur un cas de syndrome infundibulo-
tubérien avec mélancolie. Peut-on parler d'une m  lan-
colie d'origine diencephalique ?

Ann. Medicopsychol. 93-2, 208-220 (1955).

- 55.- CAIRNS H., MOSBERG W.H.
Colloid Cyst of the Third Ventricle
Surg. Gynec. Obstet. 92, 545-570 (1951).
- 56.- CAIRNS H., OLDFIELD R.C., PENNYBACKER J.B. & WHITTERIDGE D.
Akinetic Mutism with an Epidermoid Cyst of the
Third Ventricle
Brain 64, 273-290 (1941).
- 57.- CAMPBELL C.M.
Psychical Disturbances in the Diseases of the
Glands of internal Secretion
Endocrinology : 9 , 201-232 (1925)
- 58.- CESTAN R. & HALBERSTADT
Epithélioma kystique de l'hypophyse sans hypertro-
phie du squelette
Rev. Neurol. (Paris) 11, 1180-1183 (1903)
- 59.- CLAUDE H. & CUEL J.
Un cas de tumeur d'Erdheim sans symptôme localisa-
teur. Considérations médico-légales.
Encéphale 34-2, 391-398 (1939-1941).
- 60.- CLAUDE H. & LHERMITTE J.
Le syndrome infundibulaire dans un cas de tumeur
du 3ème ventricule
Presse Méd. 25, 417-418 (1917).
- 61.- CLEGHORN R.A.
Observations on the Mechanism of the disordered
Psychological Outlook in Addison's Disease and
Hypopituitarism
Ciba Foundation Colloquia on Endocrinology : 1952
3, 141-153.
- 62.- CRITCHLEY M. & IRONSIDE R.N.
The Pituitary Adamantinomata
Brain : 49, 437-481 (1926)
- 63.- CROUZON, MARQUEZY & LEMAIRE
Hirsutisme avec diabète et troubles psychologiques
Discussion sur l'origine endocrinienne
Bull. Soc. Med. Hop. Paris 48, 1735-1739 (1924)

64.- CUEL J.

Tumeur de l'hypophyse à symptomatologie mentale
Rev. Neurol. (Paris) 1924-1, 565-569

65.- CUSHING H.

Psychic Disturbances associated with Disorders
of the Ductless Gland
Cité par CAMPBELL.

66.- CUSHING H.

Pituitary Body and its Disorders
Philadelphia and London, J.B. LIPPINCOTT Co (1912)

67.- CZECHMANEK K.

Ein Korsakoffsyndrom bei traumatischer Sch  digung
des Hypothalamus durch Granatsplitter
Nervenarzt : 25, 158-160 (1954).

68.- DECOURT J.

Psychisme et glandes endocrines
Sem. Hop. Paris : 25, 3337-3343 (1949).

69.- DEJEAN Ch., GROS Cl., BOUDET Ch.

Cr  niopharyngiome atypique méconnu avec atrophie
totale du chiasma et des nerfs optiques
Rev.   toneuro-ophtal. 24, 290-293 (1952).

70.- DELAY J.

Les d  r  glements de l'humeur
Paris, Presses Universitaires de France (1946).

71.- DELAY J.

Conscience et diencephale
Presse Méd. 55, 681-682 (1947).

72.- DELAY J.

Les maladies de la mémoire
Paris, Presses Universitaires de France (1961).

73.- DELAY J. & BRION S.

Syndrome de Korsakoff et corps mamillaires.
Encéphale 43, 193-200 (1954).



74.- DELAY J., BRION S. & ELISSALBE B.

Corps mamillaires et syndrome de Korsakoff. Etude anatomique de 8 cas de syndrome de Korsakoff d'origine alcoolique sans altération significative du cortex cérébral.

Presse Méd. 66, 1849-1852 et 1965-1968 (1958).

75.- DELAY J. & DENIKER P.

Trante-huit cas de psychoses traitées par la cure prolongée et continue de 4560 RP.

Communiqué. Au Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue franç. 50ème session, Luxembourg, 21-27 Juil. 1952, p. 503-514

76.- DELAY J., MALLET & NAUDASCHER

Psychose maniaque-dépressive et persistance anormale du tractus crânio-pharyngé embryonnaire.

Ann. Medicopsychol. 104-1, 364-367 (1946).

77.- DELAY J. & PICHOT P.

Abrégé de psychologie

Paris, Masson (1962).

78.- DELAY J., PICHOT P. & PERSE J.

Méthodes psychométriques en clinique. Tests mentaux et interprétation.

Paris, Masson, 1955.

79.- DELAY J., SOULAIRAC A. & PICHOT P.

Nanisme hypophysaire familial. Un nouveau test d'insuffisance hypophysaire

Ann. Medicopsychol. 105-2, 274-277 (1947).

80.- DEMOLE V.

Adiposité hypophysaire (compression de la région infundibulaire par un adénome du lobe antérieur à cellules basophiles)

Rev. Neurol. (Paris) 39, 643-644 (1922).

81.- DENJEAN H.

Contribution à l'étude des syndromes infundibulo-tubériens.

Toulouse, J. FOURNIER (1929).

82.- DERCUM F.X.

Two cases of Akromegaly with Remarks on the Pathology of the affection

Amer. J. Med. Sci. 105, 268-277 (1893).

83.- DIDE M. & DENJEAN H.

Plaques de méningite tuberculeuse de la région tubérienne . Agitation catatonique, syndrome infundibulo-tubérien. Pseudo-paraplégie en flexion.

Encéphale 26, 181-197 (1931).

84.- DURAND CH., BOFILL P.

Rapports de l'endocrinologie et de la psychiatrie revue critique des travaux parus dans les pays latins ces dernières années.

Schweiz Arch. Neurol. Psychiat. 71, 387-405 (1953).

85.- DAUM S. & GRUNER J.

Coma à répétition au cours d'un myxoedème hypophysaire. Vérification anatomique.

Rev. Neurol. (Paris) 92, 406-409 (1955).

86.- DAVIS T.K.

Endocrinal defects and mental states

AMA Arch. Neurol. Psychiat. 4, 185-190 (1920).

87.- DAVISON Ch. & DEMUTH E.L.

Disturbances in sleep mechanism : a clinical pathology study . III : lésions at the diencephalic level (Hypothalamus).

AMA Arch. Neurol. & Psychiat. 55, 111-125 (1946).

88.- ERB

Ueber Akromegalie

Cité par de SOUZA-LEITE

89.- FARREGOULE M., GROSS A & JOVERT A.

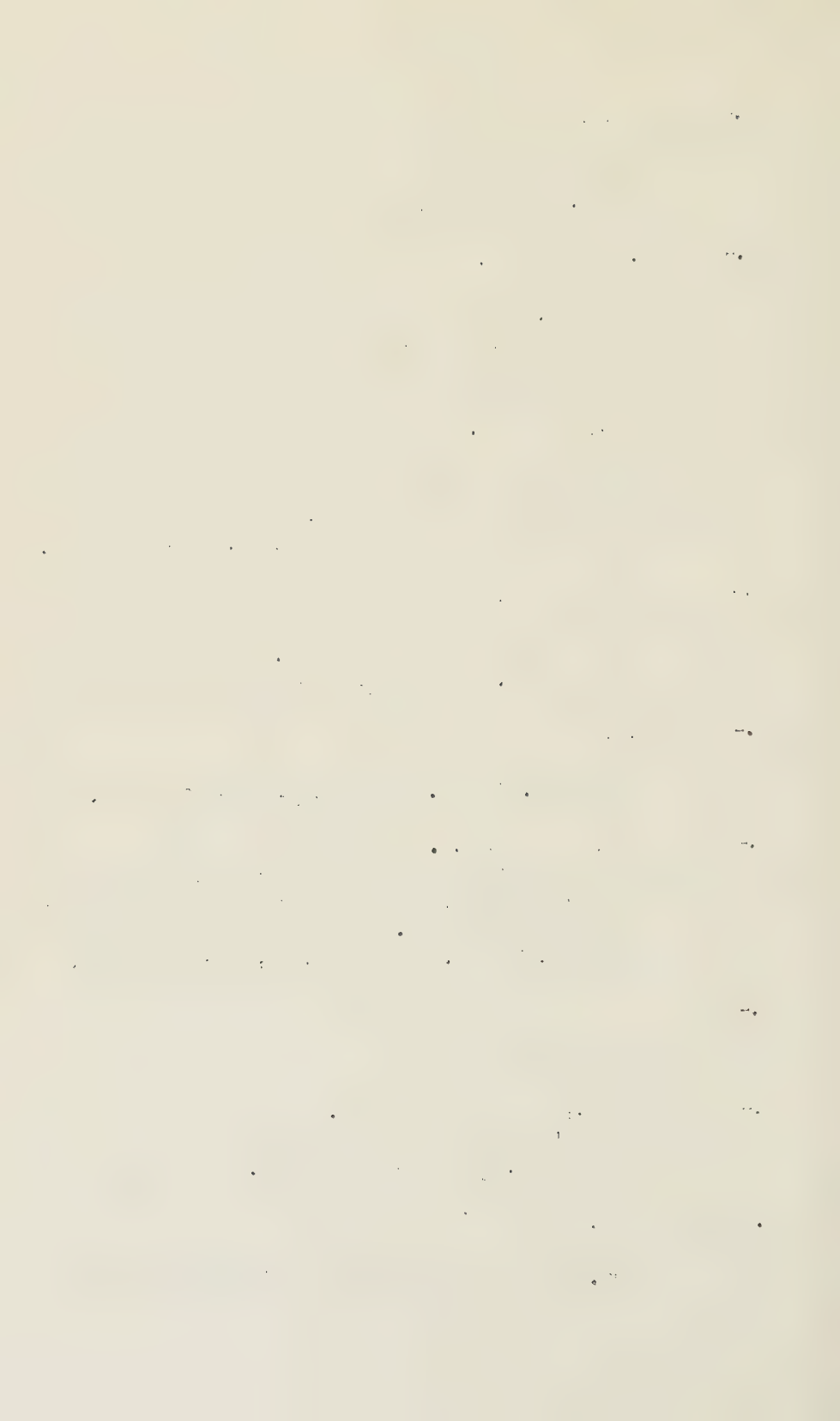
Etude d'un cas typique d'acromégalie

Algérie Med. 61, 1099-1105 (1957).

90.- FARNARIER F.

Acromégalie et dégénérescence mentale

Nouv. Iconographie de la Salpêtrière 12, 398-407(1899)



91.- FARNELL F.J.

Cité par RUSSEL & PENNYBACKER

92.- FARQUHARSON R.F.

Simmond's Disease: extreme Insufficiency of the
Adenohypophysis

Cité par CLEGHORN

93.- FAU & BONNIOT

Troubles caractériels graves et adénome hypophysaire
Ann. Medicopsychol. 105-2, 583-585 (1947)

94.- FEREMUTSCH K. und SIMMA K.

Frühzeitige Optikusatrophie durch basales Hirnaneu-
rysm

Monatschr. f Psychiat u Neurol 127 39-47 (1954)

95.- FISCHER H.

Die Rolle der inneren Sekretien in den körperlichen
Grundlagen für das normale und kranke Seelenleben
Zentralbl f d ges Neurol u Psychiat : 34 233-265 (1924)

96.- FOERSTER O. und GAGEL O.

Ein Fall von Ependymcyste des dritte Ventrikels.

Ein Beitrag zur Frage der Beziehungen psychischer
Störungen zum Hinstamm

Ztschr f d ges Neurol. u Psychiat. 149 312-344(1933)

97.- FOUCAS M.

Sur un cas de syndrome de Cushing d'origine psycho-
gène.

Gynecologia 138 604-610 (1954).

98.- FRANCAIS H. & VERNIER L.

Etude anatomo-clinique d'un cas de tumeur du 3ème
ventricule cérébral

Rev. Neurol (Paris) 1919- 921-925.

99.- FRANCOIS R., BERTRAND J., HUMBERT G. & RUITON-UGLIENGO A.

Le nanisme hypophysaire.

Ann. de Pédiatrie (suppl. Sem. Hop. Paris)

2993/561-3007/575 (1960).

100.- FREUND

Ueber Akromegalie
Cité par de SOUZA-LEITE

101.- FRUHLING L., BOITTELLE G. & DUBOIS M.

Syndrome de Cushing avec crâniopharyngiôme basophilie
Hypophysaire simple et hyperplasie cortico-surréna-
lienne.
Ann. Endocr. (Paris) 13, 916-923 (1952).

102.- FULLER C.J.

Chromophobe adenoma of the pituitary associated with
Cushing's Syndrom
Lancet 1936, 2, 181-183.

103.- FULTON J.F. & BAILEY P.

Contribution to the study of tumors in the Region
of the third ventricle ; their diagnosis and
relation to pathological sleep
J. Nerv. Ment. Dis. 69, 1-25, 145-164 et 261-277(1929)

104.- FURTADO D. & FREITAS A.

Catatonie par compression diencephalique
Rev. Neurol (Paris) 78, 499-500 (1946).

105.- GARNIER S. & SANTENOISE

Une observation de manie aiguë chez une acromégalique
Arch. de Neurol. 4, 486-491 (1897).

106.- GAYRAL L. & FOURNY L.

Les crâniopharyngiomes , III : séméiologie psychia-
trique.
Rev. Otoneuophthal. 27, 87-98 (1955).

107.- GEIST H. & CRAWSHAW R.

Testing Patterns in Acromegaly
J. Clin. & Exper. Psychopath. 13, 247-262 (1952).

108.- GELMA E.

Goître exophtalmique unilatéral et gigantisme
Rev. Neurol. (Paris) 23, 473-475 (1912).

109.- GESSINI L.

Sindrome psichica da adenoma ipofisario con volumi-
nosa estrinsecazione soprasellare
Minerva Neurochir. 1, 20-22 (1951)

110.- GIBBS F.A.

Frequency with which tumors in various parts of the brain produce certain symptoms.

AMA Arch. Neurol. Psychiat. 28, 969-989 (1932).

111.- GILBERT-DREYFUS, SAVOIE J.C. & CHIMENES H.

A propos de deux cas de panhypopituitarisme masculin
Réflexions d'ordre diagnostique et thérapeutique

Bull. Soc. Med. Hop. Paris 69, 1019-1026 (1953).

112.- GOURIOU, GUIRAUD & SCHERRER

Tumeur du 3ème ventricule à troubles mentaux prédominants.

Ann. Medicopsychol. 94-2, 842-848 (1936).

113.- GROSSIORD A.

Le kyste colloïde du 3ème ventricule

Thèse Médecine Paris n° 216 (1941).

114.- GRUENTHAL E.

Ueber das Corpus mamillare und den Korsakoff-schen symptomatenkomplex

Confinia Neurologica : 2, 64-95 (1939).

115.- GUINON G.

Un cas d'acromégalie à début récent

Nouv. Iconographie de la Salpêtrière 3, 160-167(1890)

116.- GUIRAUD P.

Cachexie paralytique avec lésions hypothalamiques
et réactions hypophysaires

Ann. Medicopsychol. 105-2, 543-546 (1947).

117.- GUIRAUD P., MARIAGE G. & MORICE J.

La radiothérapie diencéphalique en psychiatrie

Ann. Medicopsychol. 104-1, 421-433 (1946).

118.- GUIRAUD P., SOURIAU P. & FOUQUET P.

Etats maniaques avec symptômes de la série hypophyso-tubérienne

Ann. Medicopsychol. 100-2, 354-358 (1942).

119.- GUTTMANN E. und HERMANN K.

Ueber psychische Störungen bei Hirnstammerkrankungen und das Automatosesyndrom
Zschr. f d ges Neurol. u Psychiat. 140, 439-472(1932).

120.- GUND A.

Ungewöhnliche Symptomatik eines chromophoben hypophysenadenoms, zugleich ein Beitrag zur Frage
"Psychose und Hirntumor".
Nervenarzt : 25, 44-46 (1954).

121.- HABEL H.

Symptomatische Psychose in Verlaufe der Hypophysen-Zwischenhirninsuffizienz bei einem Fall von echter Nanosomia infantilis
Allg Zschr f Psychiat : 122, 285-337 (1943)

122.- HABERLANDT W.F.

Morbus Cushing und psychische Störungen
Deutsche Med Wehnschr 76, 11-13 (1951).

123.- HAMMEN J.L.

Les troubles psychiques au cours des tumeurs hypophysaires.
Thèse Médecine Nancy (1948).

124.- HASKOVEC L.

Notes sur l'acromégalie, maladie de Pierre Marie
Revue de Médecine, 13, 237-250 (1893).

125.- HECAEN H. & de AJURIACUERRA J.

Troubles mentaux au cours des tumeurs intra-crâniennes
Paris, Masson & Cie (1956).

126.- HEIMBACH S.B.

Follow-up studies on 105 cases of verified chromophobe and acidophile pituitary Adenomata after Treatment by transfrontal operation and X-Ray irradiation
Acta Neurochir. 7, 101-155 (1959)

127.- HEPPNER F.

Hypophysenadenom einen Schläfenlappentumor vortäuschend
Nervenarzt : 24 , 75-77 (1953).

- 128.- HEUYER et Melle PLATTARD
Débilité mentale chez un myxoedémateux ayant évolué
vers une schizophrénie
Ann. Médico-psychol. : 114-2, 863-868 (1956)
- 129.- HIRSCH M.
Volumineuse selle turcique chez un homme présentant un
état maniaco-dépressif
Ann. Endocr. (PARIS) : 5, 162-164 (1944)
- 130.- HOYLE C.
Adrenogenital Syndrome (CUSHING type)
Proc. Roy. Soc. Med. : 27, 395-397 (1933-1934)
- 131.- HUTTON J.H. and STEINBERG D.L.
Endocrinopathies and Psychoses
J. Ment. Sci. : 82, 773-784 (1936)
- 132.- JAMEISON G.R. and HENRY G.W.
Mental aspects of Brain Tumors in Psychotic Patients
J. Nerv. Ment. Dis. : 78, 333-335 et 500-518 (1933)
- 133.- JOFFROY A. - Sur un cas d'acromégalie avec démence
Progr. Med. PARIS
- 134.- KAGAN H. - Anorexia and severe Inanition associated with
a tumour involving the hypothalamus
Arch. Dis. Childhood : 33, 257-260 (1958)
- 135.- KIND H. Die Psychiatrie der Hypophyseninsuffizienz speziell
der Simonsschen
Fortschr Neurol. Psychiat. : 26, 502-563 (1958)
- 136.- KLOTZ H.P. et AVRIL J.
Les hypercorticismes d'origine hypothalamique
Ann. Endocr. (Par) : 14, 293-302 (1953)
- 137.- KLOTZ H.P., AVRIL J., RAVERDY P. et ISRAEL L.
Remarques étiologiques et cliniques sur le syndrome
d'insuffisance hypophysaire antérieure.
Sem. Hôp. PARIS : 32, 3375-3387 (1956)
- 138.- KNOEPFEL H.K.
Kasuistik : Fünf akromegaloide Schizophrenie und
Psychopathen mit ihren Familien
Zschr. f d ges Neurol u Psychiat : 180, 332-361 (1948)

139.- KNOEPFEL H.K.

Zusammenfassung : Statistische Verarbeitung von
23 Fällen bereits beschriebener akromegaloider
Schizophrener und Psychopathen und ihrer Familien
Zschr. f d ges Neurol u Psychiat. 180 361-380 (1948)

140.- KUFFS

Ueber einen Fall von basaler Cysticerkenmeningitis
mit Cystocercus der Hypophysis und schwerer
depressiver Psychose und über andere Fälle von
Hirncysticerken
Zschr. f d ges Neurol. u Psychiat. 30, 286-304(1915)

141.- KUGELMASS I.N.

Mental déficiency of hypopituitarism in childhood
New-York J. Med. 52 1655-1659 (1952).

142.- LAIGNEL-LAVASTINE

Des troubles psychiques par perturbation des glandes
à sécrétion interne (chap. 4 : les troubles psychiques
dans les syndromes hypophysaires). Rapport au Congrès
des Aliénistes et Neurologistes de France et des
pays de Langue Française : XVIIIème session, Dijon
1908, 46-55.

143.- LANG F.J.

Ein Plattenepithelzystopapillom (Erdheimscher Hypo-
physengangtumor) des Infundibularbereiches mit
hypophysärer Kachexie
Wien Klin Wchschr : 37, 977-979 (1924).

144.- LAUNOIS P.E. & CLERET M.

Le syndrome hypophysaire adipo-génital
Gaz. des Hop. 83, 51-64 et 83-86 (1910).

145.- LAUNOIS P.E. & ROY P.

Etudes biologiques sur les géants.
Paris, Masson 1904.

146.- LAVY S.

Akinetic mutism in a Case of Craniopharyngioma
Psychiatria et Neurologia : 138, 369-374 (1959).

147.- LEEGE M.

Zur Pathologie und Therapie der Hypophysentumoren
Zschr f d ges Neurol. y Pyschiat. 94, 331-336 (1925)

148.- LEMARQUAND H.S. & RUSSEL D.S.

A case of Pubertas Praecox (Macrogenitosomia Praecox)
in a boy associated with a tumor in the floor of
the 3rd Ventricle
Cité par WEINBERGER & GRANT

149.- LEMOS M.

Infantilisme et dégénérescence psychique. Influence
de l'hérédité neuro-pathologique
Nouv. Iconographie de la Salp  tr  re 19 49-75(1906)

150.- LEMOS M.

Gigantisme, infantilisme et acromégalie
Nouv. Iconographie de la Salp  tr  re, 24, 1-32 (1911).

151.- LEROY M.

Tumeur cérébrale de la face inférieure du cerveau,
développée aux dépens de l'hypophyse. Céphalées extr  -
mement violentes; somnolence légère, aménorrhées.
Exophthalmie de l'oeil gauche. Troubles du caractère.
Lésions des surrénales et des ovaires.
Bull. Soc. Clin. de Med. Ment. 1921, 207-212.

152.- LEROY M.

Tumeur cérébrale de la région hypophysaire. Début
   25 ans. Amaurose progressive. Céphalées, somnolence
vomissements, asthénie, aménorrhée. Hallucinations
Tactiles. Délire systématisé de persécution avec
hallucinations auditives. Antécédents héréditaires.
Bull. Soc. Clin. Med. Ment. 1921, 212-215.

153.- LEWIS D.D.

A contribution to the subject of tumors of the
hypophysis
JAMA 55, 1002-1008 (1910).

154.- LHERMITTE J.

Psychisme et diencephale
Bull. Acad. Nat. Med. 128, 235-243 (1944).

- 155.- LHERMITTE J. , de AJURIAQUERRA & HECAEN
Les troubles psychiques secondaires aux néoplasmes
du méso-diencephale
Encéphale : 35, 49-80 (1942-1945).
- 156.- LHERMITTE J., DOUSSINET & de AJURIAQUERRA
Une observation de la forme Korsakovienne des
tumeurs du 3ème ventricule
Rev. Neurol. (Paris) 68, 709-711 (1937).
- 157.- LHERMITTE J. & FLEURY
Le syndrome psychique secondaire aux lésions globales
du méso-diencephale
Ann. Medicopsychol. 102-1, 389-392 (1944).
- 158.- LHERMITTE J., SENGES D., BOULET P. & TRELLES O.
Tumeur du 3ème ventricule à symptomatologie à prédo-
minance psychique
Communication au congrès des Médecins aliénistes
et neurologistes de France et des pays de langue
française : 38ème session, Lyon, 1934, 395-404.
- 159.- LINTZ W.
Psychoneuropathy in Cushing's syndrom
Medical Times : 69, 424-429 (1941).
- 160.- LISSER H. & ASCARILLA R.F.
The clinical Diagnosis of Simmonds' Disease (Hypophy-
seal Cachexia) : a critical statistical comparison
of 69 verified and 134 unverified cases.
Cité par WADSWORTH & Mc KEON
- 161.- LOVE J.G. & MARSHALL T.M.
Craniopharyngiomas (Pituitary adamantinomas)
Surg. Gynec.Obstet. 90 591-601 (1950).
- 162.- LUFT R.
The treatment of Cushing's Syndrome
Acta Med. Scandinav. 124 227-251 (1946).
- 163.- MACLAY W.S. & STOKES A.B.
Mental disorders in Cushing's Syndrome
Journ. of Neurol. and Psychiat. 1, 110-119 (1938)

164.- Mc CREADY E.B.

The nervous and mental aspects of Endocrine Dysfunction
Internat. Clin. 2, 134-149 (1924).

165.- Mc PHERSON D.J.

A case presenting an epidermoid papillary cystoma
involving the 3rd ventricle
AMA Arch. Neurol. & Psychiat. 3, 395-416 (1920)

166.- MADELUNG

Ueber Verletzungen der Hypophysis
Cité par LAUNOIS & CLERET

167.- MALKINA M.G. & ARCHANGELSKY A.F.

Psychotic disturbances in cerebrohypophyseal cachexia
Références dans : Excerpta Medica sect.3 : Endocrinology 11, 95 (1957).

168.- MANCEAUX G.A., BARDENAT C. & SUTTER J.M.

Délire hallucinatoire dans un cas de tumeur de la
loge hypophysaire
Ann. Medicopsychol. 115, 893-897 (1957).

169.- MARCHAND L. & CHATAGNON M.

Foyer hémorragique enkysté du 3ème ventricule ayant
déterminé un syndrome neurologique particulier
Ann. d'anat.Path. 4, 314-316 (1927).

170.- MARCHAND L. & DUPOUY R.

Cachexie progressive par lésion infundibulo-
tubérienne.
Ann. Medicopsychol. 92-1, 281-285 (1934).

171.- MARCHAND L., PETIT P. & FORTINEAU J.

Myxoedème, acromégalie, syndrome infundibulo-
tubérien, délire mélancolique, onirisme : thyroïdite
ligneuse, adénome hypophysaire, encéphalite pédoncu-
lo-méso-diencephalique
Encéphale : 31-1, 219-237 (1936).

172.- MARK L.

Acromegaly : a personal experience
Cité par GEIST & CRAWSHAW

- 173.- MARTY R.
Les troubles psychiques des néoformations intra-
crâniennes.
Encéphale 41, 444-490 (1952).
- 174.- MEDVEI V.C.
Endocrine Disorders and the Mind.
Practitioner 162, 139-147 (1949).
- 175.- MEIGE H.
Sur le gigantisme
Arch. générales de Médecine 8, 407-479 (1902).
- 176.- MEIGNANT P.
Tumeurs du 3ème ventricule, étude clinique et théra-
peutique.
Rapport au congrès des médecins aliénistes et neu-
rologistes de France et des pays de langue française
38ème session, Lyon, 1934, 125-190.
- 177.- MENDEL E.
Ein Fall von Akromegalie
Berliner Klinische Wochenschrift 32, 1129-1131 (1895)
- 178.- MENNINGER W.C.
The mental disturbances associated with pituitary
disorders
JAMA 91, 951-955 (1928).
- 179.- MEUMANN E.
Psychosen bei Hypophysentumoren
Arch. Psychiat. Nervenkr. 96, 609-622 (1932).
- 180.- MIKULSKI A.
Démence précoce. Acromégalie atypique
Nouv. Iconographie de la Salpêtrière : 24, 324-328
(1911).
- 181.- MOEHLIG R.C.
Basophilic adenoma of the pituitary (Pituitary baso-
philism-Cushing Syndrome)
JAMA 99-2, 1498-1500 (1932).

182.- MOREL F.

Habitus acromégalique et perversion sexuelle. Examen d'un sujet prévenu de nombreuses tentatives d'assassinat.

Encéphale 32-2, 128-138 (1937)

183.- de MORSIER G.

Pathologie du diencéphale. Le syndrome psychologique et le syndrome sensorio-moteur.

Schweiz Arch. Neurol. Psychiat. 54, 161-226 (1944)

184.- de MORSIER et REY A.

Le syndrome psychologique dans les tumeurs des lobes frontaux et dans les tumeurs du diencéphale

Monatschr f Psychiat u Neurol. 110, 293-308 (1945).

185.- NEUGEBAUER W.

Ablauf eines organischen Psychosyndroms bei Akromegalie
Aerstl Wehnschr 14, 67-69 (1959).

186.- NEUSTAEDTER M. & MELTZER T.

Colloid tumor of the third ventricle with a concomitant large sella turcica and necropsy findings

Internat. Clin. 3, 249-254 (1939).

187.- NORSTRAND I.F.

Clinical study of craniopharyngiomas occuring in persons over 40.

Neurology : 5 , 558-566 (1955).

188.- NORTHFIELD D.W.C.

Radon Implantation for Acromegaly and Cushing's syndrome

Proc. Roy. Soc. Med. 42, 845-853 (1949).

189.- NOTKIN J.

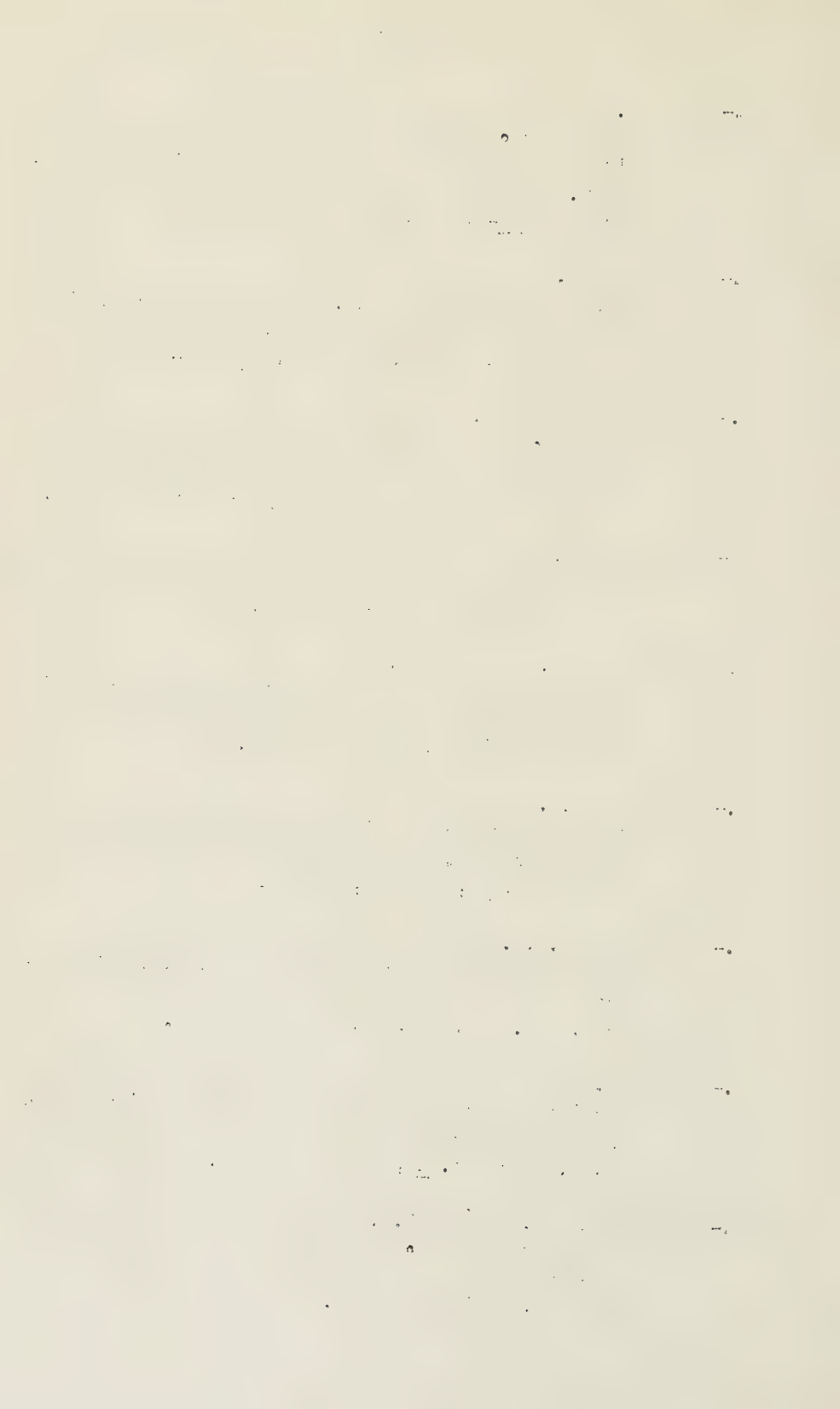
A clinical study of psychoses associated with various types of endocrinopathy

Am. J. Psychiat. 12, 331-346 (1932).

190.- NURNBERGER J.I. & KOREY S.R.

Pituitary chromophobe adenomas (Neurology,metabolism, therapy)

New-York, Springer (1953).



- 191.- OBREGIA A., DIMOLESCO A. & CONSTANTINESCO S.
Syndrome infundibulo-tubérien avec troubles mentaux complexes par tumeur supra-sellaire du 3ème ventricule. Etude anatomo-clinique
Encéphale : 27, 93-106 (1932).
- 192.- ORTHNER H.
Pathologische anatomie der vom hypothalamus ausgelösten Bewusstseinstörungen
Ier Congrès internat. des Sc. Neurol. 21-28 Juil. 1957, 2, 77-96 "Acta Medica Belgica" Ed. Bruxelles
- 193.- ORZECOWSKI C. & MITKUS W.
De la forme parkinsonnienne des tumeurs de la région infundibulo-hypophysaire,
Rev. Neurol. (Paris) 46, 1-17 (1925).
- 194.- PAILLAS J.E., SIMONIN R. & DAR COURT G.
Le syndrome acromégalo-épileptique et les acromégalias d'origine nerveuse.
Presse Méd. 65, 2099-2102 (1957).
- 195.- PARHON C.I.
Les glandes à sécrétion interne dans leurs rapports avec la psychologie et la pathologie mentale.
Rapport au 3ème Congrès internat. de Neurol. et de Psychiat. Gand, 1913, Imprim. Méd. et Sc. L. SEVEREYNS Bruxelles,
- 196.- PARHON C.I. & Mme BRIESSE M.
Quelques observations sur les altérations hypophysaires chez les aliénés.
Rev. Neurol. (Paris) 39, 710-712 (1922).
- 197.- PARHON C.I. & STOCKER A.
Sur un cas d'acromégalo-gigantisme avec psychose maniaque-dépressive
Rev. Neurol. (Paris) 26, 573-581 (1919).
- 198.- PEIGNE F.
Contribution à l'étude des virilismes pileaires. Essai d'individualisation d'un virilisme pileaire avec troubles mentaux d'origine centrale.
Thèse, Médecine, Paris 1960.

199.- PEL

Ein fall von akromegalie in Folge von Schreck
Cité par BRUNET.

200.- PICARD J.

Exhibitionisme et acromégalie.
Ann. Medicopsychol. 94-1, 100-106 (1936).

201.- PICK

Ueber das Zusammenkommen von akromegalie und
Geistesstörung
Cité par BRUNET.

202.- POLLOCK L.J.

Tumor of the thirf ventricle
JAMA 64, 1903-1905 (1915).

203.- PUECH P., BUVAT J.F. & DESCLAUX P.

Adénome hypophysaire latent - troubles de la régulation
thymique, intervention, guérison.
Ann. Medicopsychol. 103-2, 282-286 (1944).

204.- RASKIN N.

Intracranial neoplasma in Psychotic Patients
Am. J. Psychiat, 112, 482-484 (1956).

205.- RIESE W.

Craniopharyngiome chez une femme de 57 ans; hallucinations
visuelles et auditives.
Rev. Neurol. (Paris) 82, 137-139 (1950).

206.- RIMBAUD L., SERRE H., GUIBERT H.L. & PASSOUANT P.

Maladie de Cushing et diencéphale
Presse Med. 47, 642-643 (1946).

207.- RIMBAUD L., SERRE H. , PASSOUANT P. & BRUNEL D.

Maladie de Cushing et troubles psychiques
Montpellier Med. 89, 280-285 (1946).

208.- RISER M. et Coll.

Les formes psychiques précoces des crâniopharyngiomes
Ann. Medicopsychol. 103-2, 241-245 (1945).

209.- ROSS M.

Notes on a case of Cyst in the 3rd Ventricle
J. Ment. Sc. 63, 252-257 (1917).

210.- ROUSSY J. & LHERMITTE J.

Syndrome infundibulo-tubérien d'origine néoplasique probable guéri par la radiothérapie pénétrante.
Les troubles psychiques consécutifs aux lésions basilaïres du cerveau.
Rev. Neur. (Paris) 36, 65-72 (1924).

211.- ROWE A.W. & POLLOCK H.M.

Psychoses Psychoneuroses and endocrine dysfunction
Endocrinology 17, 658-666 - (1933).

212.- RUSSEL R.W. & PENNYBACKER J.B.

Cranio-pharyngioma in the Elderly
J. Neurol. Neurosurg. & Psychiat. 24, 1-13 (1961).

213.- SAINTON P.

Les troubles psychiques dans les altérations des glandes à sécrétion interne
Encéphale 1, 242-261 et 377-395 (1906).

214.- SAINTON P. & PERON N.

Troubles psychiques et tumeurs de l'hypophyse, à propos d'un néoplasme pituitaire à symptomatologie mentale.
Encéphale 21, 358-368 (1923).

215.- SALMON A.

Le trouble psychique d'origine hypophysaria
Cervello 12, 313-337 (1933).

216.- SALOMON J.

Syndrome acromégalique avec troubles psychiques.
Influence du traitement opothérapique.
Bull. Soc. Clin. Med. Ment. 1913, 359-364.

217.- SCHERRER P. & Mme LE BAS

Tumeur cérébrale à symptômes oculaires subjectifs en ayant imposé pour un syndrome pituitaire
Ann. Medicopsychol. 107-1, 77-79 (1949).

218.- SCHILDER P.

Psychische Symptome bei Mittel und Zwischenhirnerkrankung.
Wien Klin. Wchnschr. 40, 1147-1148 (1927).

- 219.- SCHILDER P. und WEISSMANN M.
Amente Psychose bei hypophysengangtumor
Zschr f d ges Neurol. u Psychiat. 110, 767-778 (1927).
- 220.- SCHLESINGER B.
Mental changes in intracranial tumors and related problems. VII : lesions of the thalamus, hypothalamus and midbrain.
Confin. Neurol. 10, 322-355 (1949-1950).
- 221.- SCHLEZINGER N.S. & HORWITZ W.A.
Neuropsychiatric disorders occurring in Cushing's syndrome (Pituitary Basophilism)
Am. J. Psychiat. 96-2, 1213-1226 -(1939-1940).
- 222.- SCHNEIDER G.
De la périodicité des troubles psychiques dans l'évolution de tumeurs de la base du crâne;
Schweiz Arch. Neurol. Psychiat. 75, 273-287 (1955).
- 223.- SCHÖBER W.
Hypophysäre Zustandsbilder und ihre psychischen Korrelate
Zschr f d ges Neurol u Psychiat 174, 550-563 (1942)
- 224.- SCHROCK C.E. , SHEETS R.F. & BEAN W.B.
Observations during ACTH and Cortisone administration to a patient with longstanding panhypopituitarism and rheumatoid arthritis
J. Clin. Invest. 30, 174-180 (1951).
- 225.- SCHUERMANN K.
Psychische Veränderungen bei krankhaften Prozessen im Bereich des Chiasma opticum
Deutsche Ztschr Nerven 155, 35-55 (1951).
- 226.- SCHUPPIUS
Ueber Psychotische Erscheinungen bei Tumoren der Hypophyse
Zschr f d ges Neurol u Psychiat. 8, 514-519(1912).
- 227.- SCHUSTER
Psychische Störungen bei Hirntumoren
Stuttgart, F. Enke, 1902.

228.- SCHWOEBEL G.

Psychosomatische Aspekte des Cushing-Syndroms
Schweiz Arch. Neurol. Psychiat. 71, 380-384 (1953)

229.- SHEEHAN H.L. & SUMMERS V.K.

The syndrome of hypopituitarism
Quart J. Med. 18, 319-378 (1949).

230.- SIMPSON S.L.

Behaviour Patterns and Psychiatric Disturbances
in major Endocrine disorders
Ciba Foundation Colloquia on Endocrinology 1952,
3, 120-127.

231.- SIMPSON S.L.

Major Endocrine Disorders
Cité par SIMPSON

232.- SIVADON P., de AJURIAGUERRA J. & BARANDE I. & R.

Syndrome korsakovien d'étiologie tumorale par
compression du 3ème ventricule
Ann. Medicopsychol. 115-2, 484-486 (1957).

233.- SOCA F.

Sur un cas de sommeil prolongé pendant 7 mois par
tumeur de l'hypophyse
Nouv. Iconographie de la Salpêtrière, 1900, 101-115

234.- SOULIE P. & ROYER de VERICOURT

Syndrome acromégaly avec hirsutisme
Bull. Soc. Med. Hop. Paris 1938, 638-642

235.- SOUQUES A., BARUK H., BERTRAND I.

Tumeur de l'infundibulum avec léthargie isolée
Rev. Neurol. (Paris) 1926, 2, 532-540.

236.- de SOUZA-LEITE J.D.

De l'acromégaly; Maladie de P. Marie
Thèse, Médecine, Paris 1890.

237.- SPILLANE J.D.

Nervous and mental disorders in Cushing's syndrome
Brain : 74, 72-94 (1951).



238.- SPROFKIN B.E. & SCIARRA D.

Korsakoff's Psychosis associated with cerebral tumors
Neurology 2, 427-434 (1952).

239.- STADLER H.

Zur Frage der Beziehung zwischen periodischen und
episodischen Dämmerund Schlafzuständen bei Hypophy-
senstörungen
Zschr f d ges Neurol u Psychiat. 161, 362-364 (1938)

240.- STAEHELIN B.

Die Psychopathologie des Sheehan-syndroms
Acta Endocr. (Kbh) 14, 145-152 (1953).

241.- STAEHELIN J.E.

Psychopathologie der Zwischen und Mittelnhirnerkran-
kungen
Schweiz Arch. Neurol. Psychiat. 53, 374-395 (1944).

242.- STAEHELIN J.E.

Ueber Psychische Störungen bei Riesenwuchs
Monatschr f Psychiat u Neurol 125, 699-707 (1953)

243.- STERN K. & DANCEY T.E.

Glioma of the Diencephalon in a manic Patient
Am. J. Psychiat. 98, 716-719 (1941-1942).

244.- STERTZ

Die Symptomatologie der Tumoren im Bereich des
Zwischenhirns (Zwischenhirnsyndrom) Ein Beitrag
Zur lokalisation psychischer Störungen
Zentralbl f d ges Neurol. u Psychiat. 54, 336 (1930)

245.- STOLL W.A.

Psychopathologische Untersuchungen bei Morbus Cushing
Wien Zschr Nervenhe 3, 315-343 (1950).

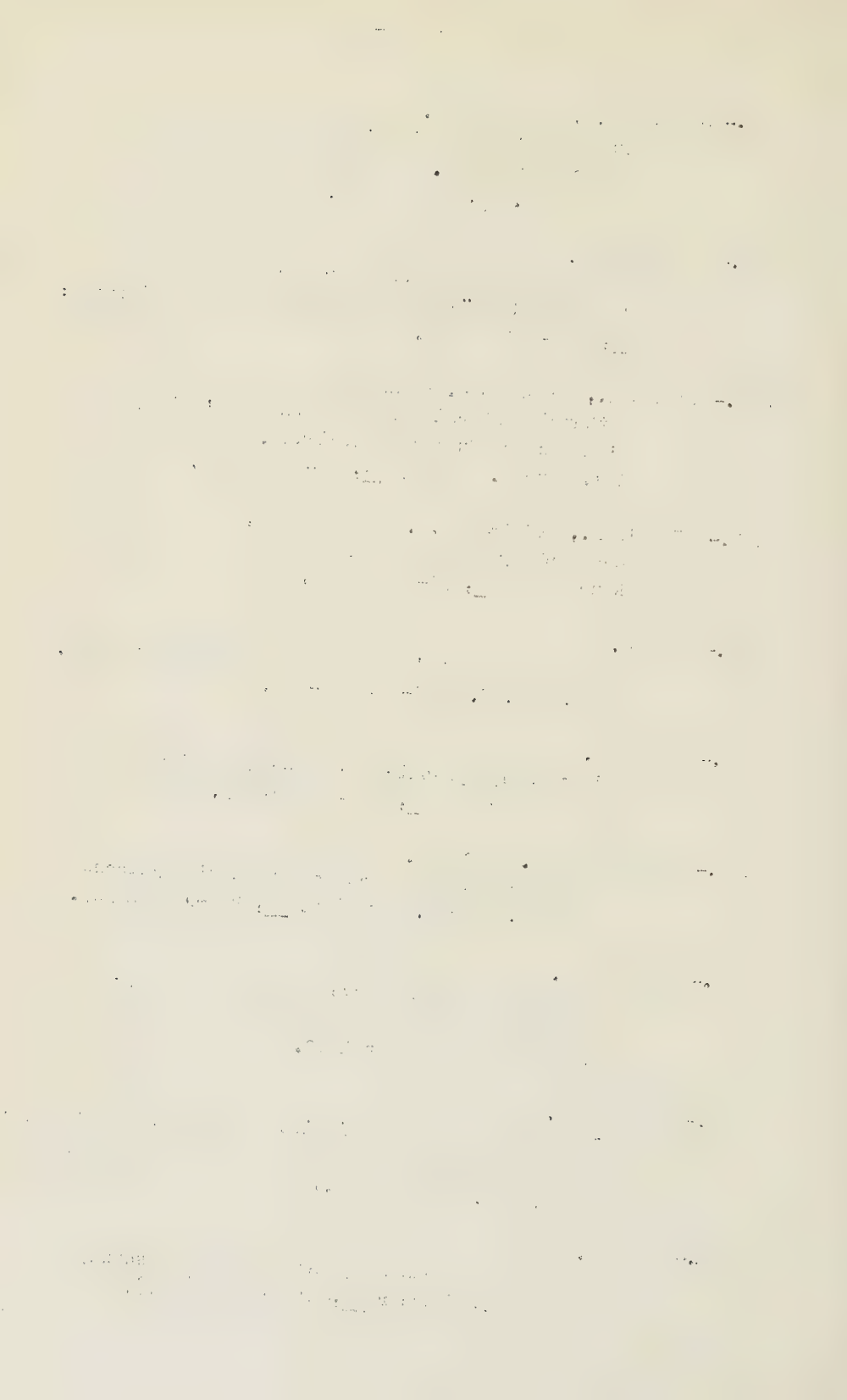
246.- STRAUSS I. & GLOBUS J.H.

Tumor of the brain with disturbances in temperature
regulation
AMA Arch. Neurol & Psychiat. 25, 506-522 (1931).

247.- SULZER H.

Zur Frage der Beziehungen zwischen dyskrinen und
schizophrenen Krankheits-geschehen. Ein akromegaloider
Schizophrener und seine Familie. (1943)
Arch. d Julius Klaus Stiftg f Vererbgsforsch, 18, 461-496

- 248.- SUMMERS V.K. & MIROUZE J.
Syndrome d'hypopituitarisme et acromégalie. A propos
de 2 observations.
Presse Med. 65, 848 (1957).
- 249.- TAMBURINI A.
Beitrag zur Pathogenese der Akromegalie
Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie :
17, 625-630 (1894).
- 250.- THOMAS A., JUMENTHE J. & CHAUSSEBLANCHE
Léthargie intermittente traduisant l'existence
d'une tumeur du 3ème ventricule.
Rev. Neurol. (Paris) 34, 67-73 (1923).
- 251.- TIBERIN P., GOLDBERG G.M. & SCHWARTZ A.
Craniopharyngiomas in the aged
Neurology : 8, 51-54 (1958).
- 252.- TODD J.
A case of Simmond's disease with mental symptoms.
Brit. Med. J. 1951-2 , 569-571.
- 253.- TOLOSA E.
Adénomes hypophysaires rétro-chiasmatiques
Neurochirurgie : 4, 275-282 (1958).
- 254.- TRETHOWAN W.H. & COBB S.
Neuropsychiatric aspects of Cushing's syndrome
AMA Arch. Neurol. Psychiat. 67, 283-309 (1952).
- 255.- TROFIMOW O.
Eine symptomatische Psychose bei einem hypophy-
sentumor
Thèse, médecine Berlin 1940.
- 256.- TUCKER B.R.
Pituitary Disturbance in its relation to the Psychoses
of the adolescence
JAMA 71, 330-333 (1918).
- 257.- URBAN H.
Ein Fall von "Basophilismus" (Morbus Cushing)
Wien Klin. Wchnschr 50, 1122-1126 (1937).



258.- URECHIA C.I.

L'examen du système hypophyso-tubérien dans un cas de manie aiguë.

Rev. Neurol. (Paris) 55, 585-589 -(1934).

259.- VIGOUROUX A. & LAIGNEL-LAVASTINE

Epithélioma primitif du lobe antérieur du corps pituitaire.

Bull. & Mem. de la Sté Anatomique de Paris, 77, 347-350 (1902).

260.- VINCENT C., RAPPOPORT F. & BERDET H.

Adénome de l'hypophyse avec troubles mentaux : considérations sur quelques points de technique opératoire.

Rev. Neurol. (Paris) 49, 801-805 (1931).

261.- Von GRAGE

MPunchener Med, Wehnschr 1905, p. 2394.

262.- WADSWORTH R.C. & Mc KEON C.

Pathologic and mental alterations in a case of Simmond's disease

AMA Arch. Neurol. & Psychiat. 46, 277-296 (1941).

263.- WAGNER W.

Zum Problem affektiver Veränderungen bei Störungen im Bereich des Zwischenhirns dargestellt an den klinischen und autoptischen Befunden von drei Craniopharyngeomen

Deutsche Zschr Nerven 154, 1-18 (1942).

264.- WALLIS H.

Psychopathologische Studien bei endokrin gestörten Kindern und Jugendlichen

Zschr f Kinderheilkunde : 84, 89-117 (1960).

265.- WEILL J. & BERNFELD J.

Le syndrome hypothalamique : synthèse endocrinienne, métabolique, végétative et psychique.

Paris, Masson, 1954.

1. The first part of the report is a general introduction to the subject of the study.

2. The second part of the report is a detailed description of the methods used in the study.

3. The third part of the report is a discussion of the results of the study.

4. The fourth part of the report is a conclusion and a list of references.

5. The fifth part of the report is a list of appendices.

6. The sixth part of the report is a list of figures and tables.

7. The seventh part of the report is a list of footnotes.

8. The eighth part of the report is a list of abbreviations.

9. The ninth part of the report is a list of symbols.

10. The tenth part of the report is a list of acknowledgments.

- 266.- WEINBERGER L.M. & GRANT F.C.
Precocious Puberty and tumors of the Hypothalamus
Arch. Internal. Medicine : 67, 762-792 (1941).
- 267.- WEISENBURG T.H.
Tumours of the 3rd ventricle, with the establishment
of a symptom-complex
Brain : 33, 236-260 (1910-1911).
- 268.- WERTHEIMER P. & CARRADI M.
Les crâniopharyngiomes après 40 ans. Etude anatomo-
clinique et résultats opératoires (A propos de
18 observations).
Neurochirurgie : 3, 3-21 (1957).
- 269.- WHITE J.C. & COBB S.
Psychological changes associated with giant pitui-
tary neoplasms
AMA Arch. Neurol. Psychiat. 74, 383-396 -(1955).
- 270.- WILLIAMS M. & PENNYBACKER J.
Memory disturbances in third ventricle tumours
J. Neurosurg. & Psychiat. 17, 115-123 (1954).
- 271.- WRIGHT C.A.
Pituitary basophilism
Medical Records 141, 191-196 (1935).
-

